

Referentenentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

A. Problem und Ziel

Deutschland hat ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet auch im internationalen Vergleich eine hohe Qualität der Leistungen. Damit dies so bleibt, muss das deutsche Gesundheitssystem jetzt vor allem im Hinblick auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden.

Zum einen besteht ein unmittelbarer Handlungsbedarf im Hinblick auf das anderenfalls für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro. Dieses Defizit würde beim heutigen Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Krankenkassen vor große Schwierigkeiten stellen.

Die Reform ist zudem notwendig, um die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu beheben. Damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung trotz des steigenden Anteils älterer Menschen und der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auch weiterhin erhalten werden kann, muss damit begonnen werden, die Finanzierungsgrundlagen für die GKV auf eine solide Basis zu stellen. Seit vielen Jahren wachsen die Ausgaben der GKV schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Steigende Beitragssätze führen zu steigenden Lohnkosten und gefährden damit Arbeitsplätze im internationalen Wettbewerb. Konjunkturelle Schwankungen führen zu einer Instabilität auf der Einnahmenseite der GKV. Zur Bewältigung der Probleme sollen die Arbeitgeberbeiträge festgeschrieben und die Einkommensabhängigkeit der Beiträge vermindert werden.

Eine nachhaltige Finanzierung kann darüber hinaus nur in einem System mit einem funktionierenden Wettbewerb gelingen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, das heutige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten. Dies setzt unverzerrte Preissignale und eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen voraus. Zudem ist ein funktionsfähiger Sozialausgleich notwendig, der dafür sorgt, dass jede Bürgerin und jeder Bürger unabhängig von der persönlichen finanziellen Situation über einen guten Krankenversicherungsschutz verfügt, der ihm im Krankheitsfall eine hochwertige Gesundheitsversorgung garantiert. Über den Sozialausgleich wird die so wichtige Solidarität mit denjenigen hergestellt, die nur über begrenzte finanzielle Mittel verfügen.

Die Menschen sollen auch in Zukunft auf eine gute medizinische Versorgung auf Basis des medizinischen Fortschritts vertrauen können. Hierfür ist es erforderlich,

- die Ausgaben zu stabilisieren

- die Finanzierung auf eine solide Basis zu stellen
- die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen
- und für einen zielgenauen und gerechten Sozialausgleich zu sorgen.

B. Lösung

1. Ausgabenbegrenzung

Eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht nur die Einnahmeseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabe-seite verbunden sein. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen. Ausgabensteigerungen werden dort begrenzt, wo das verantwortbar ist, ohne dass dies zu Leistungseinschränkungen oder Qualitätsverlusten führt. In folgenden Bereichen werden mit diesem Gesetz ab 2011 die Ausgaben stabilisiert:

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen.
- Durch verschiedene Regelungen wird der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sog. extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind.
- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der für das jeweilige Jahr festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Um die Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren, Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und die Bedingungen für den Erhalt versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse zu verbessern, sind Maßnahmen auf der Einnahmeseite erforderlich:

- Die vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 erfolgte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Kranken-

kassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent - wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II – angehoben zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.

- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit wird der Automatismus durchbrochen, dass Ausgabensteigerungen zwangsläufig zu steigenden Lohnkosten führen.
- Unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende, Ausgabensteigerungen werden durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Kassenindividuell festgelegte, sozial ausgeglichene einkommensunabhängige Zusatzbeiträge dienen darüber hinaus der Sicherung einer guten Versorgung, die auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.
- Die Krankenkassen erhalten mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal. Er verleiht den gesetzlichen Krankenkassen Spielräume, um gute Verträge zu gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages wird die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsflexibilität gewährleistet.

3. Gerechter Sozialausgleich

Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein unbürokratischer und gerechter Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens erfolgt ein Sozialausgleich. Die Umsetzung findet für Arbeitnehmer direkt bei den Arbeitgebern und für Rentner bei den Rentenversicherungsträgern statt, indem der einkommensabhängige Beitrag entsprechend reduziert wird.

Diese Regelung ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten leicht handhabbar, denn der Ausgleich wird automatisch durchgeführt. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln. In den Jahren 2011 bis 2014 kann der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden, deren Aufbau durch den weiteren Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro im Jahr 2011 beschleunigt wird.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dies bedeutet den Einstieg in einen gerechteren Ausgleich, denn ein steuerfinanzierter Sozialausgleich berücksichtigt die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürgerinnen und Bürger.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen vor allem für die GKV verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden sowie für die Gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

1. Bund

Der Bund wird als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes um rund 15 Millionen Euro belastet. Zudem wird der Bund um insgesamt jährlich rund 190 Millionen Euro durch die Erhöhung der vom Bund zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, durch Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung (jährlich rund 25 Millionen Euro) sowie durch die Beteiligung des Bundes an kleineren Systemen, etwa den Zusatz- und Sonderversorgungssystemen (jährlich rund 5 Millionen Euro) belastet.

Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen des Gesetzes im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte für den Bund in den Jahren 2011 und 2012 Minderausgaben von ...Mio. Euro bzw. ...Mio. Euro**Ergänzung durch BMELV.**

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert, deren Aufbau durch den weiteren Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro im Jahr 2011 erleichtert wird. Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 festgelegt.

2. Länder und Gemeinden

Die Länder und Kommunen werden als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes um jährlich rund 145 Millionen Euro und durch die Beteiligung der Länder an kleineren Systemen um jährlich rund 25 Millionen Euro belastet.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung durch höhere Beitragseinnahmen und ausgabenbegrenzende Regelungen finanziell entlastet.

Jährliche Mehreinnahmen in einer finanziellen Größenordnung von rd. 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 ergeben sich für die GKV aus der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte. Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich versicherter Personen in die private Krankenversicherung können sich grob geschätzt ab 2011 jährliche Mindereinnahmen in einer Größenordnung von rd. 0,2 Mrd. Euro ergeben. Zusammen mit den im Haushaltsbegleitgesetz 2011 (BT-Drs.) vorgesehenen aus der Bereitstellung eines weiteren Bundeszuschusses von 2 Mrd. Euro resultierenden Mehreinnahmen ergeben sich im Jahr 2011 Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden.

Durch ausgabenbegrenzende Maßnahmen bei Leistungserbringern und Krankenkassen ergeben sich aus diesem Gesetz folgende Einsparungen:

- Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf das Niveau 2010
rd. 0,3 Mrd. Euro in 2011 und
zusätzlich rd. 0,3 Mrd. Euro in 2012
- Begrenzung des Anstiegs der akutstationären Preise und der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der „Grundlohnrate“

rd. 0,15 Mrd. Euro in 2011 und

zusätzlich rd. 0,3 Mrd. Euro in 2012

- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern

rd. 0,35 Mrd. Euro in 2011

rd. 0,27 Mrd. Euro ab 2012

- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung für Zahnbehandlung auf die Hälfte der „Grundlohnrate“

rd. 0,02 Mrd. Euro in 2011

zusätzlich rd. 0,04 Mrd. Euro in 2012

- Durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 0,5 Mrd. Euro vermieden.

Zusammen mit den ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Arzneimittel- und Impfstoffversorgung, die im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 29. Juli 2010 (BGBl. I, S. 983) sowie des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 17/2413) geregelt werden, ergeben sich für die GKV im Jahr 2011 Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von rd. 3,5 Mrd. Euro und rd. 4 Mrd. Euro in 2012.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung steigen die Ausgaben in Folge der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes um rund 645 Millionen Euro jährlich.

5. Bundesagentur für Arbeit

Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeld-Bezieher nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Haushalt der Bundesagentur für Arbeit) belaufen sich auf jährlich rund 120 Millionen Euro.

E. Sonstige Kosten

Die Arbeitgeber tragen Veränderungen des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer zur Hälfte. Die jährliche Belastung der Unternehmen entspricht bei einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus um insgesamt 0,6 Beitragssatzpunkte rechnerisch einer Größenordnung von circa 2 Milliarden Euro. Weitere finanzielle Auswirkungen auf die Wirtschaft und insbesondere auch auf mittelständische Unternehmen entstehen mit diesem Gesetz nicht.

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer werden in ihrer Gesamtheit durch die Erhöhung des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus in ähnlichem Umfang belastet wie die Arbeitgeber. Für gesetzlich krankenversicherte Rentner entspricht das Belastungsvolumen der Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung.

F. Bürokratiekosten

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält folgende Informationspflichten, die geringe Bürokratiekosten für die Wirtschaft oder Verwaltung verursachen:

Den Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung geringe Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Da die Umsetzung des Sozialausgleichs im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten leicht zu handhaben ist, sind die hierdurch bewirkten Kosten als gering einzuschätzen. Für die Versicherten erfolgt der Ausgleich bei der Beitragsberechnung durch den Arbeitgeber grundsätzlich automatisch.

Mit einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wird vorgegeben, dass Mehrleistungsabschläge in der Rechnung der Krankenhäuser gesondert auszuweisen sind. Der bürokratische Aufwand hierfür ist als äußerst gering einzustufen, da die Rechnungslegung in den Krankenhäusern über die Krankenhausinformationssysteme automatisch erfolgt und die Umsetzung der Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme erfolgen kann, die zudem bereits im Jahr 2009 aufgrund des geltenden § 4 Absatz 2a KHEntgG erforderlich war.

Die Neuregelungen bei den hausarztzentrierten Verträgen sehen vor, dass die Krankenkasse einen von ihr geschlossenen Hausarztvertrag der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen hat. Bislang war eine solche Vorlagepflicht für die landesunmittelbaren Krankenkassen nur gegenüber den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorgesehen. Eine relevante Mehrbelastung für die Krankenkassen entsteht hierdurch aber nicht, da das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde sich bereits in der Vergangenheit im Rahmen seiner Aufsichtsbefugnisse die Verträge der hausarztzentrierten Versorgung von den bundesunmittelbaren Krankenkassen hat vorlegen lassen.

Mit den Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden zwei Informationspflichten für die Verwaltung (Krankenkassen und Bundesversicherungsamt) geändert.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Bürokratiekosten.

G. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Aus der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf das vor dem 1. Juli 2009 geltende Niveau ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Belastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 29. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 4 werden die Sätze 2 bis 9 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. Abweichend von Satz 2 sind Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten sowie der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen zu berücksichtigen. Die Sätze 2 und 3 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“

2. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ gestrichen.

- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“

- bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.

- c) Absatz 9 wird aufgehoben.

3. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäfti-

gungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,"

bb) In Nummer 8 wird nach dem Wort „waren“ der Punkt durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. innerhalb von 6 Monaten ab dem 1. Januar 2011 Personen, die zum 31. Dezember 2010 nach § 6 Absatz 4 Satz 1 als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind.“

b) In Absatz 2 wird nach Nummer 2 folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,"

4. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Absatz 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet“ durch die Wörter „anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen.“

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

c) Absatz 3a wird aufgehoben.

d) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „85a,“ gestrichen.

e) In Absatz 5 wird die Angabe „73b,“ gestrichen.

5. § 73b wird wie folgt geändert:

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

„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Die Vorgabe nach Satz 1 wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu

bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Die Vorgabe nach Satz 1 wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten den aufgrund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelten Bereinigungsbetrag je Versicherten nicht überschreitet.“

b) In Absatz 8 werden die Wörter „können vereinbaren, dass Aufwendungen für“ durch die Wörter „haben bei Vereinbarungen über“ ersetzt und vor dem Wort „aus“ die Wörter „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen“ eingefügt.

c) Nach Absatz 8 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem ... (Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett) zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Im Rahmen der Prüfung hat die Aufsichtsbehörde insbesondere auch die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8 zu prüfen. Sie kann zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Satz 1 bis 4 gilt entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen.“

6. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:

„(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern.“

b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:

„(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz sowie ohne Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern.“

7. Dem § 87 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Konzept dem Deutschen Bundestag umgehend vor.“

8. Nach § 87c wird folgender neuer § 87d eingefügt:

„§ 87d

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) Ein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e ist für die Jahre 2011 und 2012 nicht zu treffen. Darüber hinaus finden die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 im Jahr 2011 und 2012 keine

Anwendung. Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. Ein Beschluss nach § 87 Absatz 2f ist für die Jahre 2011 und 2012 nicht zu treffen. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellende regionale Euro-Gebührenordnung enthält für die Jahre 2011 und 2012 keine Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung.

(2) Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind für das Jahr 2011 bis spätestens vier Wochen nach der in Satz 7 genannten Frist sowie für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse durch die Multiplikation des für das Jahr 2010 vereinbarten, bereinigten und basiswirksam um 0,75 Prozent erhöhten Behandlungsbedarfs je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 zu ermitteln. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt. Der sich aus Satz 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 finden für das Jahr 2011 darüber hinaus keine Anwendung. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum[Einfügen: 3 Wochen nach Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett] ein zwingend zu beachtendes Verfahren nach Satz 4 zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelungen des Satzes 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.

(3) Kommt der Beschluss nach Absatz 2 Satz 7 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb der genannten Frist zu Stande, gilt § 87b Absatz 5 Satz 4 und 5 entsprechend.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011 Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das um die Hälfte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2010 nicht überschreiten. Hierzu können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von § 87b Absatz 1 Satz 1 eine Abstufung der Preise in der regionalen Euro-Gebührenordnung oder Mengengrenzungsregelungen vereinbaren. Die Partner der Bundesmantelverträge können für die Vereinbarungen nach Satz 1 Empfehlungen zum Umfang sowie zum Verfahren der Ausgabenbegrenzung vereinbaren. Die Vorgaben dieses Absatzes gelten nicht für gesetzlich vorgeschriebene, auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhende Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das um die Hälfte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2011 nicht überschreiten soll."

9. Der bisherige § 87d wird § 87e.
10. § 105 Absatz 5 wird aufgehoben.
11. § 171a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „im 1. bis 3. und diesem Titel“ werden durch die Wörter „im ersten bis dritten und siebten Titel“ ersetzt.

12. In § 201 wird nach Absatz 4 Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

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

13. § 220 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt jährlich 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 als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr“.

14. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:

„§ 221b

Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 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.“

15. Dem § 226 Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„§ 242b Absatz 1 und 2 gelten entsprechend.“

16. § 241 wird wie folgt gefasst:

„Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“

17. § 242 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zusatzbeitrag“ das Wort „einkommensunabhängiger“ eingefügt.
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

cc) Die Sätze 4 bis 6 werden die Sätze 2 bis 4.

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, 2a und 6, für Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 und § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie für nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Bezieher von Leistungen nach dem Zwölften Buch der Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben. Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch entsprechend, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. 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 und 2 genannten Mitgliedern zu zahlen ist. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 2 des Vierten Buches Anwendung findet, haben keinen Zusatzbeitrag zu zahlen.“

c) Dem Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages für mindestens sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen einmaligen Säumniszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 30 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Säumniszuschlages nach Satz 1 regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches findet neben Satz 1 weiterhin Anwendung. Dagegen findet § 242b für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des einmaligen Säumniszuschlages durch das Mitglied keine Anwendung.“

18. Nach § 242 werden die folgenden §§ 242a und 242b eingefügt:

„§ 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, geteilt durch die voraussichtliche 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 Zusatzbeitrages als Euro-Betrag für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.

§ 242b

Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a zwei vom Hundert (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich, der durch eine individuelle Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags durchgeführt wird. § 233 bleibt unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs nur insoweit berücksichtigt, als sie insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Die individuelle Verringerung des monatlichen Mitgliedsbeitrags nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Mitgliedsbeitrag wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a in Abzug gebracht wird. § 233 findet für die Ermittlung der Überforderung keine Anwendung. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrag abgezogen höchstens jedoch, bis der Mitgliedsbeitrag auf Null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitgliedes auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrages Absatz 5 entsprechend. Im Fall nach Satz 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 entsprechend.

(3) Hat ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Mitgliedsbeitrag nach Absatz 2 abzuführen ist. Den weiteren Beitrag abführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zuviel gezahlte Beiträge. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitgliedes 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. Gleiches gilt für Arbeitnehmer, die aufgrund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch mehr als geringfügig beschäftigt sind.

(5) Abweichend von Absatz 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitgliedes jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von 12 abgerechneten Kalendermonaten den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zuviel 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, deren Beiträge nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt werden oder nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches übernommen werden, haben keinen Anspruch auf Sozialausgleich.

(7) Im Jahre 2011 wird der Sozialausgleich zum Ende des Jahres von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“

19. § 243 wird wie folgt gefasst:

„§ 243

Ermäßigter Beitragssatz

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,9 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“

20. Dem § 251 Absatz 6 werden folgende Sätze angefügt:

„Abweichend von Satz 1 wird für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, 2a und 6 und Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 von der den Beitrag abführenden Stelle getragen. Gleiches gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch entsprechend, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Für die in den Sätzen 3 und 4 genannten Mitglieder gelten die Absätze 1, 4 und 4a entsprechend.“

21. § 252 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „des Zusatzbeitrags nach § 242“ durch die Wörter „der Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a“ ersetzt.

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Zahlung des Zusatzbeitrages nach § 242a erfolgt in den in § 251 Absatz 6 genannten Fällen monatlich an den Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds hat die eingegangenen Beiträge entsprechend der Anzahl der Mitglieder nach Satz 1 an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

22. In § 255 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Höhe der Beiträge“ die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.

23. § 271 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und hinter der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b“ eingefügt.

2. In Satz 2 werden die Wörter „in vier jährlichen Schritten“ durch das Wort „schrittweise“ ersetzt.

3. Folgender Satz 3 wird angefügt:

"Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 242a Absatz 1 Satz 1 sind der Liquiditätsreserve zuzuführen."

24. In § 291a Absatz 7 Satz 7 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 2 und 5“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

In § 85 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird nach Absatz 3f folgender Absatz 3g eingefügt:

„(3g) Zur Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz werden die für das Jahr 2012 vereinbarten Punktwerte und Gesamtvergütungen im Jahr 2013 zusätzlich zu der nach Absatz 3 vereinbarten Veränderung im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder um 2,5 vom Hundert und im Land Berlin um 2 vom Hundert erhöht. Die sich daraus ergebenden Punktwerte und Gesamtvergütungen des Jahres 2013 werden im Jahr 2014 im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder zusätzlich zu der nach Absatz 3 vereinbarten Veränderung um weitere 2,5 vom Hundert und im Land Berlin um weitere 2 vom Hundert erhöht. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen des Jahres 2015 sind auf die nach Satz 2 erhöhten Gesamtvergütungen zu beziehen.“

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2009 (BGBl. I S.), das zuletzt durch Artikel ... des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Satz 3 gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Krankenkasse dem Arbeitgeber das anzuwendende Verfahren nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches mitteilt.“

2. § 28a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird folgende Nummer 10 eingefügt:

„bei Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern und in Fällen, in denen der oder die Beschäftigte weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen erzielt,“

b) Nach Absatz 4 wird folgender neuer Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Nummer 10 jeweils [zum Stichtag XX/ periodisch monatlich] an die zuständige Krankenkasse.

In der Meldung sind anzugeben:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt, ansonsten die zur Vergabe einer Versicherungsnummer notwendigen Angaben (Tag und Ort der Geburt, Anschrift),
 2. Familien- und Vorname,
 3. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes und
 4. das in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt in Euro.“
3. Dem § 28f Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„In den Fällen der Minderung der Beiträge nach § 242b des Fünften Buches ist zusätzlich der Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Minderung zu zahlen gewesen wäre.“

4. In § 28h wird nach Absatz 2 folgender neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Krankenkasse teilt dem Arbeitgeber oder einem anderen Meldepflichtigen bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen

1. das für die Beitragsbemessung anzuwendende Verfahren nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches mit,
 2. in den Fällen des § 20 Absatz 2 den anteiligen Beitragssatz mit,
 3. in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 die zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge mit; diese Mitteilung erfolgt zum ... [nächster Abrechnungsmonat nach Jahresausgleich; wohl 1. Februar eines Kalenderjahres] durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung.“
5. In § 28o Absatz 1 werden nach dem Wort „Beschäftigungen“ die Wörter „sowie bei Bezug weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § 1 Satz 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel *** des Gesetzes vom *** (BGBl. I S. ***) geändert worden ist, wird die Angabe „Abs. 4“ durch die Angabe „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990), wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 werden nach der Angabe „Absatz 6“ die Wörter „und die Summe der Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a“ eingefügt.

b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.“

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird nach der Angabe „§ 4 Absatz“ die Angabe „2a und“ eingefügt.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Nummer 6 wie folgt gefasst:

„6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind,“.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist in den Jahren 2011 und 2012 die halbierte Veränderungsrate maßgeblich.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts jeweils auf die halbierte Veränderungsrate begrenzt ist.“

c) In Absatz 13 wird Satz 2 aufgehoben.

4. In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) Die laufende Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5 ./. Abschläge nach § 4 Absatz 2 Satz 3“.

b) Der Fußnote 2 werden die Wörter „und des Mehrleistungsabschlags“ angefügt.

Artikel 6

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1 c 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 wie folgt gefasst:

"(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils bekanntgegebenen Höhe ist hinzuzurechnen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist."

Artikel 7

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), wird § 6 wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„wobei für die Jahre 2011 und 2012 jeweils die halbierte Veränderungsrate anzuwenden ist.“

2. In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„für die Jahre 2011 und 2012 ist jeweils die halbierte Veränderungsrate maßgeblich.“

Artikel 8

Änderung der Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung

Nach § 11a wird in der Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch (BGBl. I S.) geändert worden ist, folgender Paragraf eingefügt:

„§ 11

Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen

Teilt der oder die Beschäftigte oder die zuständige Krankenkasse dem Arbeitgeber mit, dass der oder die Beschäftigte eine weitere Beschäftigung aufgenommen hat oder eine andere sozialversicherungspflichtige Einnahme erzielt, ist mit der nächsten Lohnabrechnung, die dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung oder der erstmaligen Erzielung der sozialversicherungspflichtigen Einnahme folgt, monatlich eine Entgeltmeldung an die zuständige Krankenkasse, erstmalig spätestens innerhalb von sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt, zu melden.“

Artikel 9

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

In § 8 Absatz 2 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), zuletzt geändert durch....., wird nach der Nummer 3 folgende neue Nummer 3a eingefügt:

„3a. die Daten der von den Krankenkassen übermittelten Meldungen, die Auswirkungen auf die Beitragsberechnung des Arbeitgebers haben,“

Artikel 10

Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 29. Oktober 2008, die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität vom 2. März 2009 geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

"Das Bundesversicherungsamt stellt die Grundpauschale im Voraus für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009" durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011" ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009" durch die Wörter „der für das Jahr 2011 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2011" ersetzt.

2. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen" durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte" ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen" durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte" ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen" durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte" ersetzt.

d) In Absatz 5 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009" durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011" ersetzt.

3. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „der von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der der Beitragssatzfestlegung zu Grunde liegenden Prognosen" durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte" ersetzt.

- b) In Absatz 2 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009“ durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011“ ersetzt

Artikel 12

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2008 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 10 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.

(4) Artikel 1, Nr. 5, Nr. 7 und 8, sowie Artikel 4 Nr. 1, Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b, Nr. 4 und Artikel 7 treten mit Wirkung vom[Einfügen: Datum der Beschlussfassung des Gesetzes im Kabinett] in Kraft.

(5) Artikel 1 Nr. 2 tritt mit Wirkung vom 31. Dezember 2010 in Kraft.

(6) Artikel 3, 8 und 9 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2012 in Kraft.

(7) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Zur Notwendigkeit einer umfassenden Finanzierungsreform

Deutschland hat ein Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet auch im internationalen Vergleich eine hohe Qualität der Leistungen. Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung sind auch für künftige Generationen zu erhalten, alle sollen am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Gleichzeitig steht das System vor Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben. Eine bessere, an den medizinischen Innovationen ausgerichtete Gesundheitsversorgung ist in der Regel auch mit steigenden Gesundheitsausgaben verbunden. So sind auch deshalb die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) trotz umfassender Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung seit vielen Jahren deutlich dynamischer gewachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder.

Für eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung besteht kurzfristig unmittelbarer Handlungsbedarf. Für das Jahr 2011 wäre ohne gegensteuernde Maßnahmen mit einem Defizit von bis zu 11 Milliarden Euro zu rechnen. Ein solches Defizit würde in dem heutigen System der Zusatzbeiträge, bei dem der Sozialausgleich innerhalb der einzelnen Krankenkassen erfolgt, wegen der Überforderungsklausel zu großen Schwierigkeiten führen.

Zahlreiche Krankenkassen könnten die Gesundheitsausgaben für ihre Versicherten nicht mehr bezahlen, da die Möglichkeit zur Erhebung von Zusatzbeiträgen beschränkt ist. Diese Schieflage würde Krankenkassen in letzter Konsequenz in die Insolvenz treiben. Die damit einhergehenden Verluste müssten durch andere Krankenkassen getragen werden, die dadurch selbst in Gefahr gerieten. Damit wäre letztlich das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet.

Eine solche Entwicklung gilt es durch die Weiterentwicklung des Systems der Zusatzbeiträge und durch eine Stabilisierung der Einnahmen- und Ausgabenseite in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verhindern.

Eine umfassende Finanzreform ist aber auch aufgrund der langfristigen Herausforderungen im Gesundheitswesen unumgänglich. Eine nachhaltige Finanzierung kann nur gelingen, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel dort eingesetzt werden, wo sie zu den besten Ergebnissen führen. Ein effizienter Einsatz von Ressourcen setzt einen funktionierenden Wettbewerb voraus. Vor diesem Hintergrund ist es dringend erforderlich, das heutige Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten. Unverzerrte Preissignale und eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen sind hierfür unverzichtbar. Daher muss das System der Zusatzbeiträge entsprechend weiter entwickelt werden.

Auch zukünftig werden Verbesserungen der medizinischen Versorgung dazu führen, dass die Gesundheitsausgaben steigen. Dieser medizinische Fortschritt kommt den Patientinnen und Patienten zu Gute. Sinnvolle Ausgabensteigerungen sollen jedoch keine gesamtwirtschaftlich schädlichen Beschäftigungseffekte mehr auslösen. Hier gilt es zukünftige Ausgabensteigerungen von den einkommensabhängigen Beiträgen abzukoppeln, damit zukünftig ein „mehr an Gesundheit“ nicht automatisch mit einem „weniger an Beschäftigung“ einher gehen muss.

Der Schritt in Richtung einkommensunabhängiger Beiträge ist auch deshalb erforderlich, um das System der GKV unanfälliger gegen konjunkturelle Schwankungen zu machen.

2. Ziele des Gesetzes

Die Menschen in Deutschland sollen auch in Zukunft auf eine gute medizinische Versorgung auf der Grundlage des neuesten medizinischen Erkenntnisstandes vertrauen können. Hierfür muss die notwendige Stabilisierung der GKV durch entsprechende kurzfristige und durch langfristig wirkende strukturelle Maßnahmen auf der Einnahme- und Ausgabe Seite erfolgen.

Mit der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge erhalten die Krankenkassen die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bedeuten ein klares Preissignal für die Versicherten, die so zukünftig Preise und Leistungen zwischen den Krankenkassen besser vergleichen können. Ein einfach handhabbarer Sozialausgleich sorgt dafür, dass kein Versicherter über Gebühr belastet wird, ohne Krankenkassen mit vielen geringverdienenden Mitgliedern weiter zu benachteiligen. Die starre Koppelung von Gesundheitskosten und Arbeitskosten wird aufgehoben, um Wachstum und Beschäftigung langfristig zu fördern und damit die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass der medizinische Fortschritt allen Versicherten zu Gute kommen kann.

Strukturelle Reformen sollen zu mehr Wettbewerb, mehr Freiheit für den Einzelnen und zu weniger Bürokratie führen. Die Schaffung der Voraussetzungen für wettbewerbliche Strukturen führt dazu, dass sich die Krankenkassen und Leistungserbringer zukünftig intensiver um ihre Patientinnen und Patienten und um die Versicherten bemühen. Der Weg zu mehr Effizienz, mehr Qualität und mehr kreativen Lösungen wird so geebnet.

II. Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

Mit dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz) werden die Finanzierungsgrundlagen der GKV grundlegend neu geordnet. Wesentliche Schwerpunkte sind:

1. Stabilisierung der Ausgaben

Leistungserbringer und Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen. Ausgabensteigerungen werden dort begrenzt, wo das verantwortbar ist, ohne dass dies zu Leistungseinschränkungen oder Qualitätsverlusten führt. In folgenden Bereichen werden ab 2011 die Ausgaben stabilisiert:

- Die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen weisen in den Jahren 2009 und 2010 erhebliche Zuwachsraten auf. Dadurch ist ein Teil der aktuellen defizitären Finanzentwicklung der GKV auf den Zuwachs bei den Verwaltungskosten zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund ist eine Begrenzung der Verwaltungsausgaben in den Jahren 2011 und 2012 auf die Höhe des Jahres 2010 erforderlich. Die Krankenkassen leisten damit ebenso wie die Leistungserbringer einen eigenen Beitrag zur Ausgabenbegrenzung und finanziellen Konsolidierung der GKV.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist. Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser für diese Mehrleistungen im Jahr 2011 70 Prozent der üblichen Vergütung erhalten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist der Mehrleistungsabschlag gerechtfertigt, weil die Fixkosten der Krankenhäuser bereits durch die nicht mit dem Mehrleistungsabschlag belegten Vergütungen finanziert werden. Die den Krankenhäusern durch die Mehrleistungen entstehenden variablen Kosten werden durch die zusätzlichen mit dem Mehrleistungsabschlag belegten Vergütungen finanziert.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen. Trotz der Verminderung des Ausgabenzuwachses im Krankenhausbereich bleibt es dabei, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten tragen. Krankenhäuser erhalten für zusätzlich zu behandelnde Versicherte eine zusätzliche Vergütung durch die Krankenkassen. Medizinische Leistungen für die Versicherten werden durch diese Maßnahme nicht eingeschränkt.
- Im vertragsärztlichen Bereich wird für die Jahre 2011 und 2012 eine Veränderungsrate zur Berücksichtigung der Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgegeben. Kostenrisiken für die gesetzlichen Krankenkassen aus Preiserhöhungen sowie aus Mengenzuwächsen aufgrund von Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor oder aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden ausgeschlossen. Zum Ausgleich regional unterschiedlicher Auswirkungen der bisherigen Honorarreform wird zudem eine (asymmetrische) Verteilung des begrenzten Zuwachses durch die Selbstverwaltung vorgesehen, mit der die bisherigen regionalen Verteilungswirkungen verbessert werden sollen.

Um medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen bei den ärztlichen Leistungen außerhalb der Gesamtvergütungen (extrabudgetären Leistungen) zu begegnen und eine weitere finanzielle Belastung der GKV in den Jahren 2011 und 2012 zu vermeiden, wird der Ausgabenzuwachs der extrabudgetären Leistungen begrenzt. Hierzu sollen auf regionaler Ebene die Partner der Gesamtverträge (Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen) entsprechende vertragliche Maßnahmen wie beispielsweise Preisabstaffelungen oder mengensteuernde Regelungen (z.B. Fallzahlbegrenzungen, Quotierung) vereinbaren. Ausgenommen von derartigen ausgabenbegrenzenden Regelungen sind Präventions- und Früherkennungsleistungen (z. B. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Hautkrebs-Screening, Gesundheitsuntersuchung/Check-up) sowie die in den Jahren 2009 und 2010 neu eingeführte bzw. noch einzuführende Leistungen (z. B. Neugeborenen-Hörscreening zum 1. Oktober 2010).

- Um das Wirtschaftlichkeitsgebot in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu stärken, wird in § 73b SGB V eine Regelung getroffen, die die Mehrkosten der Vergütung ärztlicher Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der hausärztlichen Vergütung in der kollektivvertraglichen Regelversorgung begrenzt. Hierzu wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien bei ihren Vergütungsvereinbarungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten haben. Dieser wird u.a. als erfüllt angesehen, wenn sich die vereinbarten Vergütungen an den in der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung geltenden Vergütungen orientieren. Höhere Vergütungen sind zulässig, soweit diese aus Effizienzsteigerungen und Einsparungen z.B. im Bereich verordneter und veranlasster Leistungen erwirtschaftet werden. Diese Vorgabe betrifft ausschließlich künftige HzV-Verträge. Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind, haben Vertrauensschutz. Höhere Honorare für Hausärzte in HzV-Verträgen sind weder gegenüber den Beitragszahlern noch gegenüber anderen Hausärzten sowie anderen ambulanten ärztlichen Leistungserbringern zu rechtfertigen, sofern sie nicht durch Effizienzsteigerungen und Einsparungen in anderen Bereichen erwirtschaftet werden.
- Der Honorarzuwachs für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz wird in den Jahren 2011 und 2012 jeweils auf die Hälfte des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Die Regelung ist als Beitrag der Vertragszahnärzte zur Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlage

Die Finanzierung der Krankenversicherung muss zukunftsfähig und unabhängiger von konjunkturellen Entwicklungen ausgestaltet werden. Zugleich sollen die Voraussetzungen für mehr Wettbewerb und für mehr Transparenz geschaffen werden. Um eine Konsolidierung der Finanzierungsgrundlagen der GKV zu erreichen, sind zusätzlich zu den strukturellen Maßnahmen kurzfristige Schritte auf der Einnahmeseite erforderlich.

Die zum 1. Juli 2009 erfolgte vorübergehende Beitragssatzabsenkung um 0,6 Prozentpunkte im Rahmen des Konjunkturpaketes II läuft zum Jahresende 2010 aus, da sie angesichts der nach der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise wieder anspringenden Konjunktur nicht mehr erforderlich ist. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz wieder 14,6 Prozent zuzüglich des mitgliederbezogenen Anteils von 0,9 Prozentpunkten betragen. Zur Deckung des Defizits im Jahr 2011 tragen Arbeitgeber und Versicherte über den Beitragssatz ihren Teil in einer vergleichbaren Größenordnung bei ebenso wie Leistungserbringer und Krankenkassen durch eine Stabilisierung der Ausgabenentwicklung.

Der allgemeine Beitragssatz wird künftig gesetzlich festgeschrieben. Zudem wird der gesetzliche Anpassungszwang für die einkommensabhängigen Beitragssätze bei einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds aufgehoben. Der Arbeitgeberbeitrag wird in der Folge auf der Höhe von 7,3 Prozent bleiben. Damit wird das Ziel erreicht, dass sich die Arbeitskosten bei steigenden Gesundheitskosten nicht mehr automatisch erhöhen. Wachstum und Beschäftigung werden langfristig gefördert. Eine zukünftig aufgrund demografischer Entwicklung und medizinischen Fortschritts zunehmende Belastung des Faktors Arbeit mit der Gefahr eines Abbaus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung kann so vermieden werden.

Nicht durch die Einnahmeentwicklung gedeckte, Ausgabensteigerungen werden zukünftig über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der GKV-Mitglieder finanziert. Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge schafft die Voraussetzung, langfristig die Finanzierung des Gesundheitssystems auf eine stabile Basis zu stellen. Da die Zusatzbeiträge von den Mitgliedern unabhängig von ihrem Einkommen an die Krankenkassen gezahlt und nicht mehr durch die bisherige Überforderungsklausel gedeckelt werden, muss keine Krankenkasse mehr befürchten, notwendige Finanzmittel nicht über Zusatzbeiträge erheben zu können. Alle Krankenkassen haben damit unabhängig von dem erforderlichen Volumen des Sozialausgleichs die gleichen Startbedingungen. Das ist eine Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb.

Die Zusatzbeiträge stärken die Finanzautonomie und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Es bleibt dabei, dass eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag zu erheben hat, soweit ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist. Auf dieser Grundlage entscheidet aber jede Krankenkasse im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes selbst, in welcher Höhe sie von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge in festen Euro-Beträgen erhebt. Sie sind von allen Mitgliedern einer Krankenkasse in gleicher Höhe direkt an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Die derzeit noch bestehende Option prozentualer Zusatzbeiträge entfällt.

Die Zusatzbeiträge bedeuten damit ein für alle Versicherten transparentes und nachvollziehbares Preissignal in der GKV. Es entstehen keine unterschiedlichen tatsächlichen Zahlungsbeträge des kassenindividuellen Zusatzbeitrages, da die bisherige Deckelung aufgehoben wird. Die Versicherten können so zukünftig Preise und Leistungen zwischen den Krankenkassen besser vergleichen. Dies wird den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um eine gute und kostengünstige Versorgung erhöhen. Sie werden zukünftig ein noch größeres Interesse daran haben, gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen.

3. Gerechter Sozialausgleich

Um die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung zu schützen, wird ein unbürokratischer und gerechter Sozialausgleich eingeführt. Dies wird durch eine gesetzlich festgelegte Überforderungsgrenze gewährleistet. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine Belastungsgrenze von zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, greift der Sozialausgleich. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Damit haben alle Mitglieder einen Anreiz, zu der Kasse zu wechseln, die das erwünschte Angebot zum günstigsten Preis anbietet.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird dabei künftig durch das Bundesministerium für Gesundheit in jedem Herbst für das Folgejahr neu festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit berücksichtigt dabei die Prognose des Schätzerkreises, der wie bislang die Einnahmen des Gesundheitsfonds und die Ausgaben der Krankenkassen für das Folgejahr schätzt.

Der Sozialausgleich wird für Arbeitnehmer und Rentner direkt über die Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger umgesetzt, indem der einkommensabhängige Beitrag um die jeweilige Überlastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag reduziert wird. Dies ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten handhabbar. Der Ausgleich erfolgt damit automatisch. Zudem wird die Gerechtigkeitslücke

durch den bisher nicht erfolgten Ausgleich für die pauschalen Zusatzbeiträge von bislang bis zu 8 Euro geschlossen.

Für die Fälle, in denen Versicherte weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen erhalten, ist eine Erweiterung des Meldeverfahrens erforderlich, um u.a. eine für die beitragsabführenden Stellen einfache Umsetzung des Sozialausgleichs zu ermöglichen. Dazu wird das Meldeverfahren um eine weitere - [stichtagsbezogene - monatliche - periodische] Entgeltmeldung des Arbeitgebers ergänzt. Ferner wird die Auskunftspflicht des Arbeitnehmers im Hinblick auf den Bezug weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen ergänzt. Auch die Mitteilung der Krankenkassen über das bei Mehrfachbeschäftigungen anzuwendende Verfahren für den Sozialausgleich wird geregelt.

Die allgemeine Vereinfachung des Meldeverfahrens für Mehrfachbeschäftigte in der Gleitzone bzw. oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze führt zu Verbesserungen für die Lohnabrechnung der Arbeitgeber.

Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden. In den Jahren 2011 bis 2014 soll der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden, deren Aufbau durch den weiteren Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro im Jahr 2011 beschleunigt wird. Ab dem Jahr 2015 soll der Sozialausgleich aus zusätzlichen Bundesmitteln über die bisherigen Bundeszuschüsse nach §§ 221, 221a SGB V hinaus finanziert werden; die Höhe dieser Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Auch diese Mittel werden der Liquiditätsreserve zugeführt. Dies bedeutet den Einstieg in einen gerechteren Ausgleich, denn ein steuerfinanzierter Sozialausgleich berücksichtigt die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürgerinnen und Bürger.

4. Weitere Regelungen

Darüber hinaus werden folgende weitere Regelungen getroffen:

- So soll insbesondere ein Wechsel in die private Krankenversicherung zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein. Mit dieser Regelung wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt.
- Im Krankenhausentgeltgesetz wird klargestellt, dass ein Abzug von Zuschlägen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nur dann vorzunehmen ist, soweit die Leistungen auch bereits bislang durch den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Hierdurch wird sichergestellt, dass z.B. bisher aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie, die in die Regelfinanzierung übergehen, nicht bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt werden.
- Die Regelung in § 10 Absatz 13 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetz wird aufgehoben. Diese Vorschrift sieht vor, dass vom BMG ein gesetzlicher Verfahrensvorschlag zur Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert vorzulegen ist, sofern die bis zum 30. Juni 2011 in Auftrag zu gebende wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen

der Krankenhäuser in den Ländern ergibt. Zugunsten einer Aufrechterhaltung von Preisunterschieden, die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen, wird die hierdurch angelegte Etablierung einer Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben.

- Zur Angleichung der Vergütung für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz werden die Punktwerte und Vergütungen in den neuen Bundesländern und Berlin durch den Gesetzgeber im Jahr 2013 und 2014 in zwei Schritten erhöht. Weitere Anpassungen bleiben den Vertragspartnern vorbehalten.
- Durch die Änderung in § 71 SGB V wird klargestellt, dass nach dem Wegfall der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich auf Grund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auch die für die Vergütungsvereinbarungen relevante Feststellung der Veränderungsrate seit dem 1. Januar 2008 nur noch einheitlich für das gesamte Bundesgebiet erfolgen kann.

III. Gesetzgebungskompetenz des Bundes/Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die im Krankenhausbereich vorgesehenen Maßnahmen stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit, vor allem der Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich.

Das Ziel, das System der GKV für alle Versicherten in seiner bewährten Form zu erhalten und zukunftsfähig zu machen, kann nur erreicht werden, wenn bundesgesetzlich die Finanzierung auf eine nachhaltige Grundlage gestellt und die Ausgaben zielgenau begrenzt werden. Die GKV ist notwendigerweise unter einheitlichen Vorgaben fortzuentwickeln, um sie insgesamt auf die neuen Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt einzustellen und den Änderungen in den sozioökonomischen Verhältnissen anzupassen. Dabei geht es nicht nur um die Bewahrung einer formalen Rechtseinheit, sondern um das Integrationsinteresse einer einheitlichen bundesrechtlichen Regelung für alle Versicherten in diesem Sozialversicherungszweig.

Auch die Wahrung der Wirtschaftseinheit macht es erforderlich, sowohl die Maßnahmen zur Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV, als auch die Vorgaben zur Begrenzung des Ausgabenzuwachses bundesrechtlich einheitlich zu regeln. Die GKV kann als Teil der Gesamtwirtschaftsordnung nicht länderspezifisch geregelt werden, sondern muss schon wegen der Wechselwirkungen zwischen Lohnnebenkosten und Produktpreisen, aber auch im Hinblick auf das Verhältnis zwischen den finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen und den Interessen der Anbieter von Gesundheitsleistungen in einem allgemeinen durch bundesrechtliche Rahmenbedingungen abgesicherten Wirtschaftsmarkt eingeordnet bleiben.

Das Vergütungssystem für die Finanzierung der Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Änderungen in diesem System sind folgerichtig ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung gilt im Interesse der Absicherung einheitlicher wirtschaftlicher Rahmenbedingungen für die akutstationäre Versorgung der

Bevölkerung und betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen entfalten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer X (§ 4)

Die Regelung sieht für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine Begrenzung für die Jahre 2011 und 2012 vor. Die Verwaltungsausgaben je Versicherten dürfen sich im Vergleich zum Stand des Jahres 2010 nicht erhöhen. Auszugehen ist von den tatsächlichen Netto-Verwaltungskosten, d.h. von Dritten erstattete Aufwendungen für Verwaltungskosten werden von den Brutto-Verwaltungskosten in Abzug gebracht. Hierunter fallen insbesondere die Verwaltungskostenerstattungen für den Einzug der Beiträge zu Renten- und Arbeitslosenversicherung, für Auftragsgeschäfte der Kommunen sowie für die komplette Umsetzung der Pflegeversicherung durch die Krankenkassen. Der Ausgabenbegrenzung können sich Krankenkassen auch nicht durch Übertragung ihrer Verwaltungsaufgaben auf Dritte entziehen (zum Beispiel auf Vertragspartner, Auftragnehmer, Arbeitsgemeinschaften oder Verbände der Krankenkassen).

Die Entwicklung der Versichertenzahlen und der Versicherungsrisiken (Morbiditätsstruktur der Versicherten) bestimmt maßgeblich die Höhe der Verwaltungskosten einer Krankenkasse. Aus diesem Grund richtet sich die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben anteilig nach der Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, müssen Änderungen nicht nur der Zahl der Versicherten einer Krankenkasse, sondern auch ihrer Morbidität bei der Ermittlung der zulässigen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse Berücksichtigung finden. Daher sind die Verwaltungsausgaben an die entsprechenden jahresdurchschnittlichen Veränderungen anzupassen. Sinkt bei einer Krankenkasse die Zahl der Versicherten oder kommt es zu Verbesserungen der Morbiditätsstruktur, sind gegebenenfalls die absoluten Verwaltungsausgaben abzusenken. Damit läuft die Begrenzung der Verwaltungsausgaben weitgehend parallel zu den Veränderungen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben.

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt an Stelle des § 4 die weitergehende Sondervorschrift des § 18a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die eine Absenkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis zum Jahr 2014 um 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2004 vorsieht.

Die Begrenzung der Verwaltungsausgaben gilt auch für die Landesverbände der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Entsprechend der bisherigen Regelung sind die Ausgaben für die Telematikinfrastruktur nicht von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben umfasst (§ 291a Absatz 7 Satz 7).

Zu Nummer X (§ 6)

Zu Buchstabe a

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung wird zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein. Mit den Regelungen wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt. Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können künftig wieder früher in Anwendung des Subsidiaritätsprinzips eigenverantwortlich über ihren Versicherungsschutz entscheiden. Der Wettbewerb zwischen gesetzlicher und pri-

vater Krankenversicherung um Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, wird gestärkt.

Die Regelung tritt bereits zum 31. Dezember 2010 in Kraft, damit diejenigen Personen, deren Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2010 überstiegen hat, die aber zum Ende des Jahres 2010 die dreijährige Wartefrist noch nicht erfüllen, bereits zum Jahresbeginn 2011 versicherungsfrei werden und demzufolge in die private Krankenversicherung wechseln können. Gleichzeitig wird diesen Personen ein einmaliges Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung eingeräumt (s. § 9 Abs. 1 Nr. 9 – neu).

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Aufhebung der sog. Drei-Jahres-Regelung (s. Buchstabe a).

Zu Buchstabe c

Aufgrund des Wegfalls der Dreijahresfrist bedarf es der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Bestandsschutzregelung für Arbeitnehmer, die zum Stichtag 2. Februar 2007 diese Frist noch nicht erfüllt hatten, nicht mehr.

Zu Nummer X (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Wiederherstellung der Rechtslage vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz für Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 – neu). Die Regelung ermöglicht Berufsanfängern mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, insbesondere nach einem Studium, die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Beitrittsrecht ist innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsaufnahme auszuüben. Für diese Berufsanfänger besteht damit ein einmaliges Wahlrecht zur gesetzlicher Krankenversicherung.

Darüber hinaus enthält die Regelung eine Ergänzung dahingehend, dass alle Personen, die erstmals im Inland eine Beschäftigung aufnehmen, vom Wahlrecht erfasst werden. Diese Ergänzung dient der Rechtssicherheit bei der Anwendung der ursprünglichen Regelung. Bei dieser Regelung fehlte der Zusatz „im Inland“ und es bestanden in der Praxis der Krankenkassen und der Aufsichtsbehörden unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob Personen, die bereits im Ausland als Arbeitnehmer beschäftigt waren, bei Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland als erstmalig beschäftigt im Sinne der Regelung gelten. Es wird klargestellt, dass künftig Personen, die erstmals im Inland eine Beschäftigung aufnehmen, ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung haben, auch wenn ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Diese Klarstellung ist angesichts der zunehmenden Internationalisierung der Arbeitsmärkte sachgerecht.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionelle Änderung wegen der Neuregelung eines zusätzlichen Beitrittsrechts zur gesetzlichen Krankenversicherung (s. Doppelbuchstabe cc).

Zu Doppelbuchstabe cc

Für Personen, die aufgrund der Neuregelung des § 6 SGB V zum 31. Dezember 2010 als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, wird ein einmaliges Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, das ab dem 1. Januar 2011 in-

nerhalb von 6 Monaten auszuüben ist. Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet bereits zum Jahresende 2010 für alle Personen, deren Gehalt im Jahr 2010 die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat, die aber die bis dahin geltende dreijährige Wartefrist noch nicht erfüllt haben. Versicherungsfrei können demnach auch Personen werden, die am 1. Januar 2011 die Vorversicherungszeiten für einen freiwilligen Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht erfüllen. Um diesen Personen eine Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen, wird ihnen ein einmaliges Wahlrecht eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird als Folgeregelung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa geregelt, dass das Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsaufnahme auszuüben ist.

Zu Nummer X (§ 71)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird klargestellt, dass nach der gesetzlichen Aufhebung der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung durch das GKV-WSG kein Raum mehr ist für eine Feststellung getrennter Veränderungsdaten der beitragspflichtigen Einnahmen für die Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB V. Die Verpflichtung der Krankenkassen zu einer nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung ist seit der Aufhebung des § 313a Abs. 2 a.F. und des § 313 Abs. 10 a.F. zum 31.12.2007 entfallen. Seit dem 1.1.2008 enthalten die KV 45-Statistiken, die Grundlage für die Feststellung der Veränderungsdaten sind, daher keine gesonderten Daten zu den beitragspflichtigen Einnahmen im Beitrittsgebiet mehr. Daher konnte das Bundesministerium für Gesundheit seit dem Jahr 2008 nur noch eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate feststellen. Die seinerzeit nicht angepassten Regelungen in § 71 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 1 gehen seit diesem Zeitpunkt ins Leere, so dass eine Ost-West-Angleichung der Leistungserbringervergütungen durch die Feststellung rechtskreisgetrennter Veränderungsdaten nicht mehr möglich ist. Eine solche Angleichung setzt vielmehr eine entsprechende Ausgestaltung der jeweiligen Vergütungsregelungen voraus, wie dies für die vertragszahnärztliche Versorgung durch eine Erhöhung der Punktwerte und Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern und Berlin im Jahr 2013 und 2014 sowie durch die Weiterentwicklung des Vergütungssystems ab dem Jahr 2013 vorgesehen ist (vgl. die Änderungen in § 85). Die Klarstellung ist erforderlich, da die Rechtmäßigkeit der Feststellung nur noch einer bundeseinheitlichen Veränderungsrate bezweifelt und auch gerichtlich angegriffen wird.

Aus Gründen der Rechtsklarheit tritt die Regelung rückwirkend zum 1. Januar 2008 in Kraft. Da die Veränderungsrate schon seit dem Jahr 2008 nur noch einheitlich für das gesamte Bundesgebiet festgestellt worden ist, wird durch das rückwirkende Inkrafttreten nicht nachträglich ändernd in Sachverhalte eingegriffen, die bereits in der Vergangenheit abgeschlossen worden sind. Vielmehr wird die bisherige Praxis lediglich bestätigt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung stellt klar, dass das Bundesministerium für Gesundheit die zur Feststellung der durchschnittlichen Veränderungsrate erforderlichen Daten nicht selbst erhebt, sondern

auf von den Krankenkassen und vom Gesundheitsfonds zu erstellende Statistiken nach § 79 SGB IV zurückgreift.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um die Aufhebung einer abgelaufenen Übergangsregelung.

Zu Buchstaben c und d

Es handelt sich um die Aufhebung abgelaufener Übergangsregelungen.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des 73b Absatz 8.

Zu Nummer X (§ 73b)

Zu Buchstabe a

Der neue Absatz 5a betrifft Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung, die nach der Beschlussfassung des Gesetzentwurfs durch das Kabinett zustande kommen. Er schreibt für die in diesen Verträgen zu vereinbarende Vergütung ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) vor. Nach dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer ihre Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (vgl. § 71 Absatz 1 Satz 1). Vergütungsvereinbarungen dürfen damit nicht dazu führen, dass die Krankenkasse hierdurch zu Zusatzbeiträgen gezwungen wird. Verträge, die vor der Beschlussfassung des Gesetzentwurfs durch das Kabinett bereits geschlossen wurden oder deren Inhalt in einem Schiedsverfahren nach § 73b Absatz 4a bis zu diesem Zeitpunkt von einer Schiedsperson festgelegt worden ist, bleiben unberührt. Ein Sonderkündigungsrecht für diese Verträge wird nicht vorgesehen.

Die Sätze 2 und 3 enthalten mögliche Vergütungsvereinbarungen, bei denen die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erfüllt wird.

Bei einer Vergütungsvereinbarung nach Satz 2 wird auf den kassenartenübergreifenden, durchschnittlichen Fallwert in der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung in der jeweiligen Region der Kassenärztlichen Vereinigung abgestellt, für die der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung geschlossen werden soll. Dieser Fallwert ist um diejenigen Vergütungsanteile zu bereinigen, die für Leistungen vorgesehen sind, die nicht Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung sind (z. B. Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst). Der insoweit bereinigte Fallwert ist ein geeigneter und aus vorhandenen Daten ermittelbarer Orientierungsmaßstab für die Vergütung der hausärztlichen Regelleistungen, die ebenfalls Inhalt der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind.

Die in Satz 3 beschriebene Vergütungsvereinbarung knüpft an die nach Absatz 7 Satz 2 zu vereinbarende Bereinigung des Behandlungsbedarfs entsprechend der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten an. Für Vereinbarungen der Vertragspartner über Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, greift die Regelung des § 73b Absatz 8. Diese sieht vor, dass die Vergütung für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren sind, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Solche Vergütungsvereinbarungen sind mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität vereinbar (vgl. auch § 71 Absatz 2 Satz 2).

Zu Buchstabe b

Absatz 8 enthielt bislang eine fakultative Regelung, nach der die Vertragsparteien eine Vereinbarung treffen konnten, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Künftig gilt, dass in den Verträgen sicherzustellen ist, dass die Vergütung für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren sind, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 9 verpflichtet die Krankenkassen, einen nach der Beschlussfassung des Gesetzentwurfs durch das Kabinett geschlossenen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Bislang war eine solche Vorlagepflicht in § 71 Absatz 5 nur gegenüber den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorgesehen. Die Vorlagepflicht wird ergänzt durch ein Beanstandungsrecht der Aufsichtsbehörden. Die Frist zur Beanstandung beträgt zwei Monate.

Gegenstand der Prüfung des vorgelegten Vertrages durch die jeweilige Aufsichtsbehörde ist neben der Einhaltung der allgemeinen Vorgabe des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei den für die teilnehmenden Hausärzte getroffenen Vergütungsvereinbarungen insbesondere auch, die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8. Die Aufsichtsbehörde hat danach zu prüfen, ob vertraglich sichergestellt ist, dass Vergütungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Diese Prüfung wird insbesondere relevant für so genannte "Add-on-Verträge", d.h. für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung, die nicht als Vollversorgungsverträge abgeschlossen werden. Gegenstand dieser Verträge sind ausschließlich Leistungen, die über die kollektivvertragliche Regelversorgung hinausgehen.

Im Rahmen ihrer Prüfung kann die Aufsichtsbehörde zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen von der Krankenkasse anfordern. Bis zum Eingang dieser Auskünfte ist der Lauf der zweimonatigen Frist unterbrochen.

Nach Satz 4 gilt die Vorlagepflicht entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach § 73b Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden. Dies bedeutet, dass die unabhängige Schiedsperson unmittelbar nach Festlegung des Inhalts des Hausarztvertrages diesen der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen hat. Auch hier hat die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, den vorgelegten Vertrag innerhalb einer Frist von zwei Monaten zu beanstanden und ggf. von der Schiedsperson zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anzufordern.

Zu Nummer X (§ 85)

Zu Buchstabe a)

Durch die Regelung wird der Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in den Jahren 2011 und 2012 auf die Hälfte der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet begrenzt. Dies wird durch die Vorgabe bewirkt, dass dort, wo Einzel Leistungsvergütungen vereinbart sind, die Punktwerte lediglich höchstens um die hälftige Veränderungsrate angehoben werden dürfen. Diese Begrenzung des Honorarzuwachses ist als Beitrag der Vertragszahnärzte zur Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt.

Zu Buchstabe b)

Die Regelung begrenzt in den Jahren 2011 und 2012 den Spielraum für die Veränderungen der Gesamtvergütungsvolumina im Bereich der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz, indem auch dort in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens eine Anhebung um die hälftige Veränderungsrate zugelassen wird. § 85 Absatz 2 Satz 7 gilt auch in diesem Zeitraum. Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (hier: Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung) verletzen in den Jahren 2011 und 2012 – wie im geltenden Recht – nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 2).

Zu Nummer X (§ 87)

Da im Laufe des Jahres 2011 eine grundsätzliche Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform geplant ist, sollen die Selbstverwaltungspartner im Bewertungsausschuss ein gemeinsames Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen erarbeiten. Der Auftrag erfolgt vor dem Hintergrund, die Honorarreform zusammen mit den Beteiligten unter der Zielsetzung den erforderlichen Kurskorrekturen zu unterziehen, ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden.

Zu Nummer X (§ 87d)

Der neue § 87d sieht insbesondere Regelungen zur Begrenzung des Ausgabenzuwachses für die vertragsärztliche Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 vor.

Zu Absatz 1

Absatz 1 schließt Kostenrisiken für die gesetzlichen Krankenkassen durch die Preisentwicklung für die vertragsärztlichen Leistungen aus. Durch Satz 1 wird mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 die Anpassung der Orientierungswerte ausgesetzt und damit das Preisniveau insgesamt auf dem Niveau des Jahres 2010 in Höhe von 3,5048 Cent stabilisiert. Satz 2 bestimmt, dass der vom Erweiterten Bewertungsausschuss im September 2009 getroffene Beschluss zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten bei festgestellter Unter- und Überversorgung in den Jahren 2011 und 2012 nicht umgesetzt wird. Die praktische Umsetzung dieses Beschlusses wirft eine Reihe von Fragen auf, die noch nicht abschließend geklärt sind, so dass eine Anwendung mit Wirkung auf die Ärzteschaft in den Jahren 2011 und 2012 nicht sachgerecht wäre. Die Regelungen der Sätze 3 und 4 stabilisieren ebenfalls das Punktwertniveau für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, indem die Punktwertanpassungen ausgesetzt werden und darüber hinaus ausgeschlossen wird, dass neue Zuschläge auf die Orientierungswerte vereinbart werden. Satz 5 bestimmt, dass ein entsprechender Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur gemäß § 87 Absatz 2f für die Jahre 2011 und 2012 nicht getroffen wird. In Satz 6 wird klargestellt, dass in den regionalen Euro-Gebührenordnungen, die für diese Jahre erstellt werden, keine Sonderpreise bei Vorliegen von Unter- bzw. Überversorgung ausgewiesen werden, da der entsprechende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses keine Anwendung findet. Zur Förderung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung sieht der Gesetzentwurf stattdessen an anderer Stelle vor, die bis zum Jahr 2009 vorgesehene Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 wieder einzuführen (vgl. Änderung des § 105).

Zu Absatz 2

Die Regelungen des Absatzes 2 begrenzen zum einen die durch die Mengenentwicklung der vertragsärztlichen Leistungen bedingten Ausgabenzuwächse für die gesetzlichen Krankenkassen, sorgen aber auch für eine weitere Angleichung der bisherigen Honorar-

unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Satz 1 gibt entsprechende Fristen für die Ermittlung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vor. Die Regelungen des Satzes 2 bestimmen, dass der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen aufgrund der Veränderung der Zahl der Versicherten angepasst und zum anderen bundesweit um einen linearen Zuwachs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten in Höhe von 0,75 Prozent erhöht wird. Dieser Zuwachs für die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ergibt sich aus der hälftigen Gewichtung der bisherigen Anpassungsparameter (Diagnosen, Demographie) und der Begrenzung der Wirksamkeit des daraus folgenden Ergebnisses auf die Hälfte. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb geboten, weil die Qualität der Diagnosedokumentation in den vertragsärztlichen Abrechnungen noch verbesserungsfähig ist. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass einheitliche verbindliche Vorgaben für die Diagnosedokumentation in Form der sogenannten „Ambulanten Kodierrichtlinien“ erst zum 1. Januar 2011 eingeführt werden und nicht wie vom Gesetzgeber vorgesehen bereits eine Einführung zum 30. Juni 2009 erfolgte (vgl. § 295 Absatz 3). Satz 3 stellt klar, dass auch in den Jahren 2011 und 2012 weiterhin regional vereinbart werden kann, dass zusätzliche vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Zusätzliche für das Jahr 2011 „ausgedeckelte“ Leistungen sind ggf. bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfs des Jahres 2010 entsprechend abzuziehen.

Satz 4 bestimmt, dass zusätzlich zu der in Satz 2 geregelten linearen Erhöhung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2011 eine Anpassung des Behandlungsbedarfs erfolgt, die sich nach einem vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Verfahren richtet. Mit dieser Anpassung soll auch die Verteilung des bisherigen Zuwachses der Honorarreform zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen durch asymmetrische Honorarzuwächse im Jahr 2011 gerechter gestaltet werden. Eine Absenkung des Behandlungsbedarfs je Versicherten erfolgt durch diese Anpassung nicht.

Satz 5 stellt klar, dass der sich aus der Anwendung der Vorgaben in den Sätzen 2 bis 4 ergebende Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 mit den geltenden Punktwerten bewertet und damit ein in Euro bewertetes Ausgabenvolumen ermittelt wird. Dieser Betrag ist zugleich die Grundlage für die Berechnung und Zuweisung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen für das Jahr 2011.

Satz 6 gibt darüber hinaus vor, dass im Jahr 2011 keine zusätzlichen Nachvergütungen für einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu zahlen sind und weitere Anpassungen des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur, aufgrund von Verlagerungseffekten (Verlagerungen von Leistungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor) oder aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ausgesetzt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der zusätzlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die aus Satz 4 folgende Anpassung des Behandlungsbedarfs gerechtfertigt.

Die Regelungen in Satz 7 geben zur Gewährleistung eines einheitlichen Verfahrens zur Berechnung des regionalen Anpassungsfaktors (siehe oben Satz 4) dem Bewertungsausschuss die Aufgabe, ein zwingend zu beachtendes Verfahren zu beschließen. Die Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung soll dabei dann erfolgen, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Der Bewertungsausschuss hat hier einen weiten Spielraum. Er kann z. B. die aufgrund einer Unterschreitung des von ihm bestimmten Wertes vorzunehmende Anpassung des Behandlungsbedarfs, in der Höhe begrenzen (Kappungsgrenze).

Satz 8 gewährleistet, dass für das Jahr 2012 die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bundesweit linear erneut in Höhe von 0,75 Prozent erhöht werden, ohne dass darüber hinaus weitere Anpassungen des Behandlungsbedarfs oder Nachvergütungen aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erfolgen. Damit wird auch 2012 ein finanzieller Beitrag zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Begrenzung des Vergütungszuwachses für vertragsärztliche Leistungen erbracht.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt für die von der Angleichung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen profitierenden Ärztinnen und Ärzte klar, dass, soweit der Beschluss des Bewertungsausschusses nicht zu Stande kommt, das Regelleistungsvolumen für den Arzt oder die Arztpraxis nach bisherigem Recht vorläufig fort gilt, da es nicht rechtzeitig vor dem Geltungszeitraum zugewiesen werden kann. Die Leistungserbringer verlieren ihre Zahlungsansprüche aus dem insoweit zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesenen erhöhten Regelleistungsvolumen nicht, da sie rückwirkend von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erfüllen sind.

Zu Absatz 4

Absatz 4 beinhaltet Regelungen zur Begrenzung medizinisch nicht begründbarer Ausgabenentwicklungen der so genannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Das Vergütungsvolumen wird auch als „extrabudgetäre Gesamtvergütung“ (EGV) bezeichnet. In der EGV sind vertragsärztliche Leistungen zusammengefasst, die ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis (entsprechend der regionalen Euro-Gebührenordnung) von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Die wichtigsten Leistungsbereiche sind das ambulante Operieren, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, regional vereinbarte Sonderleistungen (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Vergütungen der Onkologievereinbarung, Wegekosten), Leistungen der Strahlentherapie und Dialysesachkosten. Um medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen und eine weitere finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 2011 und 2012 zu vermeiden, ist der Ausgabenzuwachs der extrabudgetären Leistungen durch schiedsamtfähige vertragliche Regelungen zu begrenzen. Hierzu werden die Partner der Gesamtverträge in Satz 1 verpflichtet, entsprechende vertragliche Maßnahmen, wie beispielsweise die in Satz 3 angeführten Preisabstaffelungen oder mengensteuernde Regelungen (z. B. Fallzahlbegrenzungen, Quotierung) zu vereinbaren. Satz 2 gibt vor, dass im Jahr 2011 das mit der für das Jahr 2011 geltenden halben Grundlohnrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2010 nicht überschritten wird. Hiervon kann bei Vorliegen zwingender Versorgungsgründe abgewichen werden.

Soweit aus Sicht der Bundesmantelvertragspartner dazu Veranlassung besteht, können nach Satz 4 für die ausgabenbegrenzenden Maßnahmen bundeseinheitliche Empfehlungen vereinbart werden, die die Umsetzbarkeit in den Gesamtverträgen unterstützen.

Satz 5 gibt vor, dass von derartigen ausgabenbegrenzenden Regelungen Präventions- und Früherkennungsleistungen, die gesetzlich vorgeschrieben sind oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses beruhen (z. B. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Hautkrebs-Screening, Gesundheitsuntersuchung/Check-up) ausgenommen sind. Entsprechendes gilt nach Satz 6 für die in den Jahren 2009 und 2010 neu eingeführten bzw. noch einzuführenden Leistungen (z. B. Balneophototherapie, Neugeborenen-Hörscreening jeweils zum 1. Oktober 2010). Da Präventions- und Früherkennungsleistungen positive Anreize setzen können, um die Entstehung von Krankheiten mit entsprechend höheren Folgekosten in späteren Jahren zu vermeiden, gilt die Begrenzungsregelung hier nicht. Zudem ist zu berücksichtigen, dass für diese Leistungen in den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (z. B. Gesundheitsuntersu-

chungs-Richtlinie) durch dort festgelegten Altersangaben und Zeitintervalle (z. B. Gesundheitsuntersuchung ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre) ein Begrenzungselement vorgegeben ist. Bei neuen Leistungen ist davon auszugehen, dass sie in den Einführungsjahren auf eine medizinisch begründbare verstärkte Nachfrage treffen. Deshalb werden auch diese Leistungen nicht in die Begrenzungsregelung einbezogen.

Satz 7 bestimmt, dass auch im Jahr 2012 entsprechende ausgabenbegrenzende Regelungen zu treffen sind, die dafür sorgen sollen, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 im Rahmen der dann geltenden halben Grundlohnrate wächst.

Zu Nummer X (§ 87e)

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer X (§ 105 Absatz 5)

Durch die Regelungen in Absatz 1 Satz 2 und 5 des neuen § 87d entfallen in den Jahren 2011 und 2012 die finanziellen Anreizwirkungen zum Abbau von Versorgungsengpässen bei Vorliegen von Über- und Unterversorgung durch die dafür vorgesehenen Sonderpreise (sog. pretiale Lenkung). Aus diesem Grund wird die zum 31. Dezember 2009 ausgelaufene Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte wieder eingeführt, um weiterhin gezielt Anreize für Niederlassungsinteressierte insbesondere in ländlichen Regionen zu schaffen. Dieses Regelungsziel wird durch die Aufhebung des Absatzes 5 erreicht, der bestimmt, dass die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen nur für die vertragszahnärztliche Versorgung gelten. Mit der Wiedereinführung der Sicherstellungszuschläge kommt der Gesetzgeber auch entsprechenden Forderungen aus den Ländern nach. Die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen entsprechen damit wieder dem Rechtsstand vor dem 1. Januar 2010. Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen den notwendigen Finanzierungsbetrag der Sicherstellungszuschläge jedoch zur Hälfte aus ihren Mitteln. Dies entspricht der bis zum Jahr 2006 geltenden Regelung. Eine Begrenzung des Finanzvolumens für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen insgesamt ist nicht vorgesehen, um dem Landesausschuss die Festlegung der Mittel in der für eine sachgerechte Förderung erforderlichen Höhe zu ermöglichen.

Zu Nummer X (§ 171a SGB V)

Mit der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. April 2007 im Sechsten Kapitel, Erster Abschnitt, Siebter Titel des SGB V eingeführten Regelung des § 171a SGB V wurde Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen die freiwillige Vereinigung auch über die Kassenartengrenzen hinweg ermöglicht. Mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz vom 15. Dezember 2008 wurde diese Regelung mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in das Sechste Kapitel, Erster Abschnitt, Achter Titel des SGB V verschoben, ohne dass damit jedoch eine inhaltliche Änderung der Vorschrift verbunden war.

Mit dieser redaktionellen Änderung wird klargestellt, dass die Möglichkeit der freiwilligen Vereinigung auch über den 1. Januar 2010 hinaus die Ersatzkassen erfasst.

Zu Nummer X (§ 201)

Bislang sind die Rentenversicherungsträger verpflichtet, den Krankenkassen den Beginn und die erstmalige Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung mitzuteilen. Durch die Ergänzung der Vorschrift haben die Rentenversicherungsträger nunmehr auch die Aufgabe, der zuständigen Krankenkasse die aktuelle Höhe einer Rentenzahlung mitzuteilen. Voraussetzung ist, dass die Krankenkasse diese aktuellen Bezugsdaten im Zusammenhang mit der Prüfung eines etwaigen Sozialausgleichs anfordert. Das Meldeverfahren nach § 201 Absatz 6 ist entsprechend anzupassen.

Zu Nummer X (§ 220)

Zu Buchstabe a

Die Regelung sah für das Einführungsjahr des Gesundheitsfonds vor, dass bei der erstmaligen Beitragssatzfestsetzung die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen durch die voraussichtlichen Einnahmen des Fonds vollständig gedeckt werden. Sie ist nicht mehr notwendig und wird daher aufgehoben. Der allgemeine Beitragssatz wird künftig in § 241 gesetzlich festgeschrieben. Von daher entfällt die Beitragsfestsetzung durch die Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden künftig durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert.

Zu Buchstabe b

Da der Beitragssatz gesetzlich festgelegt wird, entfallen die bisherigen Mechanismen zur Anpassung des Beitragssatzes.

Zu den Aufgaben des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises, der sich aus Experten des Bundesversicherungsamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zusammensetzt, gehörte es bislang, die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen zu schätzen (vgl. § 241 a.F.). Diese Prognose diente als Grundlage für die Entscheidung der Bundesregierung, den Beitragssatz festzulegen.

Nunmehr werden diese Aufgaben des Schätzerkreises in § 220 Absatz 2 normiert und erweitert um die Schätzung der Versichertenzahl und Mitgliederzahl der Krankenkassen. Er hat damit wie bisher die Einnahmen des Gesundheitsfonds und die Ausgaben der Krankenkassen im Folgejahr zu schätzen. Diese Schätzung wird vom Bundesministerium für Gesundheit ausgewertet, welches anschließend den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr festlegt (vgl. § 242a – neu).

Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag keine Wirkungen für die landwirtschaftlichen Krankenkassen entfaltet, werden sie auch bei der Schätzung der Ausgaben sowie der Mitglieder- und Versichertenzahlen durch den Schätzerkreis nicht berücksichtigt.

Zu Nummer X (§ 221b)

Zur Finanzierung des Sozialausgleichs (§ 242b) von finanziellen Überforderungen der GKV-Mitglieder durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a werden dem Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2015 weitere jährliche Zuschüsse aus Bundesmitteln gewährt. Der Sozialausgleich wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert (§ 271 Absatz 2). Die der Liquiditätsreserve entsprechend zuzuführenden Beträge werden dem Gesundheitsfonds in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen zur Verfügung gestellt. Die Höhe der Zahlungen ab dem Jahr 2015 wird gesetzlich im Jahr 2014 festgelegt.

Zu Nummer X (§ 226)

Die Regelung stellt sicher, dass auch Arbeitnehmer, die gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 SGB IV mehr als geringfügig beschäftigt sind, Anspruch auf einen Sozialausgleich haben.

Zu Nummer X (§ 241)

Der allgemeine Beitragssatz, der bisher durch die Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt wurde, wird durch dieses

Gesetz festgeschrieben. Über die Einnahmenentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden künftig durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Damit wird der für die Beschäftigungssituation negative unmittelbare Zusammenhang zwischen steigenden Gesundheitsausgaben und steigenden Lohnkosten durchbrochen. Aus diesem Grund entfallen die bisherigen Mechanismen zur Veränderung des allgemeinen Beitragssatzes einschließlich der Verordnungsermächtigung.

Vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde der Beitragssatz der Krankenkassen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer aus Steuermitteln zum 1. Juli 2009 durch das Konjunkturpaket II vorübergehend um 0,6 Beitragspunkte auf 14,9 Prozent abgesenkt. Dies ist im Hinblick auf die aktuelle wirtschaftliche Entwicklung nicht weiter erforderlich. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz wird daher wieder 14,6 Prozent, wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II, betragen. Der mitgliederbezogene Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten bleibt erhalten.

Zu Nummer X (§ 242)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bislang war es den Krankenkassen möglich, den Zusatzbeitrag als Pauschale oder in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen festzulegen. Nunmehr sind Zusatzbeiträge in festen Eurobeträgen zu erheben.

Die Zusatzbeiträge werden unabhängig von den Einnahmen der Mitglieder an die Krankenkassen gezahlt, weil die Überforderungsregelung nicht mehr über die Zusatzbeiträge erfolgt, sondern über die Absenkung der einkommensabhängigen Beiträge. Damit muss keine Krankenkasse mehr befürchten, notwendige Finanzmittel nicht vollständig über Zusatzbeiträge decken zu können. Diese Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge schafft die Voraussetzung, die Finanzierung des Gesundheitssystems langfristig zu sichern.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Begrenzung der Höhe der Zusatzbeiträge auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds entfällt. Dasselbe gilt für die bisherige Regelung, wonach die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen erhebt, wenn der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 Euro nicht übersteigt. Insofern erfolgt der Sozialausgleich künftig durchgängig.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Rechtsnorm beinhaltete eine Berichtspflicht gegenüber dem Deutschen Bundestag über die Erfahrungen mit der bisherigen Überforderungsklausel in Höhe von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Sie entfällt mit der Abschaffung dieser Überforderungsklausel.

Die Vorschrift enthält nunmehr die Regelung, dass für bestimmte Personenkreise nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse zu zahlen ist, sondern der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a. Hierzu zählen versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld, Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Mitglieder, deren Mitgliedschaft aufgrund des Wehr- oder Zivildienstes bzw. einer

Wehrübung nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder aufgrund einer Eignungsübung nach § 8 Eignungsübungsgesetz fortbesteht, sowie freiwillige oder nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 versicherungspflichtige Mitglieder, die Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) erhalten.

Die Regelungen gelten für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld entsprechend, sofern sie wegen eines vorübergehenden, vollständigen Arbeitsausfalls, z. B. bei Zeitarbeit, Saison-Kurzarbeitergeld im Baugewerbe, Transferkurzarbeitergeld bei betrieblicher Restrukturierung, kein Arbeitsentgelt erzielen und über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen bspw. aus einer Rente verfügen.

Für alle genannten Personenkreise gilt diese Regelung auch in den Fällen, in denen die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Hinsichtlich der Tragung der Beiträge wird auf § 251 n.F. verwiesen.

Ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen, kann die zuständige Krankenkasse in ihrer Satzung eine Regelung vorsehen, dass die Differenz dieser Beiträge von den genannten Mitgliedern einzufordern ist. Über den Einzug dieses Differenzbetrages entscheiden die Krankenkassen unter Berücksichtigung verwaltungsökonomischer Aspekte eigenständig. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Versicherte, die zur Berufsausbildung beschäftigt sind und ein Arbeitsentgelt erzielen, das auf den Monat bezogen 325 Euro nicht übersteigt, sowie für Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes (JFDG) leisten, haben keinen Zusatzbeitrag zu zahlen.

Zu Buchstabe c

Die Vorschrift enthält eine besondere Sanktionsregelung für die zuständige Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern, wenn ein Mitglied insgesamt für mindestens sechs Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages säumig ist. Dabei muss es sich nicht um einen zusammenhängenden Zeitraum handeln. In diesen Fällen hat das Mitglied der Krankenkasse zusätzlich einen einmaligen Säumniszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 30 Euro beträgt. Dieser besondere Säumniszuschlag ist erforderlich, da die Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches alleine bezüglich der Zusatzbeiträge kein wirksames Sanktionsinstrument darstellen. Allerdings sind die Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches neben diesem besonderen Sanktionsmechanismus auch weiterhin zu erheben.

Zudem gilt für den besonderen Säumniszuschlag ein Mindestbetrag in Höhe von 30 Euro, um aus verwaltungsökonomischen Gründen die Erhebung von Kleinstbeträgen zu vermeiden. Das Nähere, insbesondere die genaue Höhe des Säumniszuschlages nach Satz 1 hat die Krankenkasse in ihrer Satzung zu regeln. Eine Aufrechnung mit der Beitragsschuld findet nicht statt. Mitglieder, die den besonderen Säumniszuschlag zu zahlen haben, haben bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des einmaligen Säumniszuschlages keinen Anspruch auf Sozialausgleich. Die zuständige Krankenkasse muss die den Beitrag abführenden Stellen entsprechend informieren, dass kein Sozialausgleich mehr durchgeführt werden soll. Sind die ausstehenden Beiträge sowie der einmalige Säumniszuschlag vollständig durch das Mitglied gezahlt, informiert die Krankenkasse hierüber die beitragsabführenden Stellen entsprechend, damit der Sozialausgleich bei entsprechender Anspruchsberechtigung dann wieder durchgeführt werden kann.

Zu Nummer X (§§ 242a und 242b)

Zu § 242a

Zu Absatz 1

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen wird jährlich bis zum 1. November mit Wirkung für das Folgejahr vom Bundesministerium für Gesundheit verbindlich festgelegt (vgl. Absatz 2). Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag ist für die Durchführung des Sozialausgleichs nach § 242b erforderlich. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, greift der Sozialausgleich.

Die Vorschrift konkretisiert, wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag zu berechnen ist. Maßgeblich sind die Werte, die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 (vgl. Absatz 2) zugrunde liegen. Die sich aus den entsprechenden Jahresansätzen ergebende Differenz ist dann durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder und durch die Zahl 12 zu teilen, um den monatlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu erhalten. Der Zusatzbeitrag ist prospektiv zu ermitteln. Eine unterjährige Anpassung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags oder eine nachträgliche Korrektur des tatsächlich von allen Krankenkassen durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitrags im abgelaufenen Kalenderjahr findet nicht statt.

Im Ausnahmefall ist es denkbar, dass außergewöhnliche, bei der Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags noch nicht vorhersehbare Ausgaben auf alle Krankenkassen (z.B. durch eine Pandemie) im Jahr, für das die Festsetzung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags erfolgt, zukommen. Sofern dafür Mittel aus der Mindestrücklage (25 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe) verwendet werden müssen, sind auch die Mittel, um die die Mindestrücklage in der gesetzlichen Krankenversicherung dann zu Beginn des darauf folgenden Jahres unterschritten wäre, bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für das entsprechende Folgejahr zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2

Da der allgemeine Beitragssatz gesetzlich festgeschrieben wird, obliegt es künftig dem Bundesministerium für Gesundheit, nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a festzusetzen und bekanntzugeben.

Da das Gesetz zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt, erfolgt die erstmalige Bekanntmachung dieses Wertes am 3. Januar 2011, dem ersten Werktag des Jahres 2011. Dabei ist berücksichtigt, dass der Schätzerkreis seine Aufgaben (§ 220 Absatz 2) faktisch bereits in seiner Sitzung im Herbst 2010 erfüllen wird, so dass die Krankenkassen hinreichende Planungssicherheit haben.

Zu § 242b

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt den Grundsatz, wann ein Anspruch auf Sozialausgleich im Zusammenhang mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen besteht. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine Belastungsgrenze von 2 Prozent des individuellen beitragspflichtigen Einkommens, greift der Sozialausgleich. Der Sozialausgleich orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Krankenkassen und nicht am individuellen Zusatzbeitrag der Krankenkasse des Mitglieds. Perspektivisch soll für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden.

Insbesondere durch die EDV-gestützte Abrechnung von Löhnen, Gehältern, Renten und Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ist ein automatisches Sozialausgleichsverfahren handhabbar.

Der Eigenart der Beschäftigungsverhältnisse in der Seefahrt trägt die Vorschrift des § 233 SGB V Rechnung. Während bei versicherungspflichtig Beschäftigten im Allgemeinen das tatsächlich erzielte, individuelle Arbeitsentgelt der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist, wird für Seeleute ein fiktives Arbeitsentgelt als beitragspflichtige Einnahmen unterstellt, welches in der Regel geringer ist als die tatsächlichen Einnahmen. Durch die Vorschrift wird klar gestellt, dass sich der Sozialausgleich für Seeleute an den tatsächlichen Einnahmen zu orientieren hat. Absatz 2 enthält ebenfalls einen entsprechenden Hinweis, da nicht nur für die Prüfung der Anspruchsberechtigung nach Absatz 1 die tatsächlichen Einnahmen von Seeleuten herangezogen werden müssen, sondern diese auch Grundlage für die Ermittlung der Überforderung sein müssen. In Abzug gebracht wird die Überforderung hingegen von den zu verbeitragenden fiktiven Einnahmen.

Weiterhin enthält die Vorschrift eine Klarstellung, dass Leistungen der betrieblichen Altersversorgung (Versorgungsbezüge) und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit nur dann bei der Durchführung des Sozialausgleichs zu berücksichtigen sind, wenn sie die Beitragsfreigrenze des § 226 Absatz 2 überschreiten (2010: 127,75 Euro). Die Klarstellung ist erforderlich, da Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen grundsätzlich zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören, jedoch bei Unterschreiten der Beitragsfreigrenze keine Beiträge zu entrichten sind. Ohne die Klarstellung müssten Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen unabhängig von der Höhe bei der Durchführung des Sozialausgleichs berücksichtigt werden.

Satz 4 stellt klar, dass der individuell verringerte monatliche Mitgliedsbeitrag nicht zu einer Erhöhung des Nettoentgeltes führt, das für die Berechnung von Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld etc.) oder anderer Leistungen maßgeblich ist. Der Zusatzbeitrag bleibt somit, wie auch der damit verbundene Sozialausgleich, für die Berechnung des Nettolohns außer Betracht.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt, wie die Höhe des Sozialausgleichs rechnerisch ermittelt wird, sofern das Mitglied über nicht mehr als eine beitragspflichtige Einnahme verfügt. Eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrags kann jedoch nur erfolgen, solange der Mitgliedsbeitrag positiv ist. Daher sieht die Vorschrift eine Begrenzung der Reduzierung des Mitgliedsbeitrages bis auf Null Euro vor. Kann der Anspruch des Mitgliedes auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung befriedigt werden, kann das Mitglied – analog zu dem Verfahren für unständig Beschäftigte – einen Antrag auf Erstattung des noch ausstehenden Betrages bei seiner Krankenkasse stellen. Damit das Mitglied von seinem Antragsrecht Kenntnis erlangt, wird die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf dieses Antragsrecht hinzuweisen. Als geeignete Form wird im Fall der Rentenversicherungsträger gemäß § 255 Absatz 1 Satz 2 u. a. das Kontoauszugsverfahren angesehen; Arbeitgeber können diesen Hinweis u. a. auf der Arbeitsentgeltbescheinigung geben. Zudem informiert die den Beitrag abführende Stelle die zuständige Krankenkasse hierüber. Hiernach geht die regelmäßige Informationspflicht auf die zuständige Krankenkasse über. Das Antragsverfahren und die damit verbundenen Informationspflichten der Krankenkassen werden durch den Verweis auf den Absatz 5 vorgegeben.

Zudem wird in dieser Vorschrift auf das Verfahren zur Berücksichtigung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt, wie beispielsweise Weihnachtsgeld oder Boni-Zahlungen, bei der Beitragsbemessung verwiesen (§ 23a des Vierten Buches). Bereits im heutigen Beitragsrecht ist für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt vorgesehen, dass dieses zur Ermittlung der Beitragspflicht so zu betrachten ist, dass eine anteilige Beitragsbemessungsgrenze für Beschäftigungszeiträume bei dem selben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr ausgeschöpft werden kann. Entsprechend ist auch für den Sozialausgleich eine Berücksichtigung von Einmalzahlungen über den Kalendermonat der Auszahlung hinaus erforderlich. Dabei ist auf die anteilige Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres abzustellen.

Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragende Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitgliedes und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 zu verbeitragen.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt, wie der Sozialausgleich durchgeführt wird, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen bezieht. In diesem Fall kommt der Krankenkasse eine zentrale Rolle bei der Zusammenführung der beitragsrechtlich relevanten Daten, der Prüfung des Sozialausgleichs und der Information der jeweiligen den Beitrag abführenden Stelle, welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist, zu. Wenn Anspruch auf Sozialausgleich besteht, teilt die Krankenkasse der beitragsabführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Mitgliedsbeitrag nach Absatz 2 abzuführen ist. Den weiteren Beitrag abführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Dieses Verfahren garantiert, dass für jedes Mitglied, das Anspruch auf Sozialausgleich hat, die Belastungsgrenze bezogen auf die Summe seiner beitragspflichtigen Einnahmen zum Tragen kommt.

Zudem sieht die Vorschrift vor, dass für Mitglieder mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr geleisteten Sozialausgleichs durchführt und dem Mitglied zuviel gezahlte Beiträge erstattet. Die Jahresabschlussrechnung durch die Krankenkasse ist in diesen Fällen erforderlich, da die beitragsabführenden Stellen nicht die Höhe der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen des Mitgliedes kennen. Sie können somit nicht auf eine anteilige Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres abstellen, wie es in Absatz 2 für Mitglieder mit nur einer beitragspflichtigen Einnahme vorgesehen ist. Die beitragsabführenden Stellen führen daher für Einmalzahlungen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitgliedes und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Die Krankenkassen werden verpflichtet, im Rahmen einer automatischen Jahresabschlussprüfung ggf. zu viel gezahlte Beiträge an das Mitglied zurückzuerstatten.

Zu Absatz 4

Für so genannte Selbstzahler, wie zum Beispiel freiwillig versicherte Mitglieder, wird der Sozialausgleich von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt, d.h., die Krankenkasse reduziert die Beitragsforderungen an das Mitglied in originärer Zuständigkeit.

Zuständig für die Durchführung des Sozialausgleichs ist die Krankenkasse auch dann, wenn ein Arbeitnehmer aufgrund mehrerer geringfügiger Beschäftigungen in der so genannten Gleitzone (Verdienst von 400,01 Euro bis 800 Euro) versicherungspflichtig ist. Bereits heute erfolgt hier eine individuelle Beitragsberechnung, die künftig den Sozialausgleich berücksichtigen muss (vgl. § 226 Absatz 4 - neu -). Die zuständige Krankenkasse hat künftig in diesen Fällen den Beitragssatz durch die Anwendung der Gleitzoneformel und unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs zu berechnen und den Arbeitgebern mitzuteilen. Hinsichtlich der Durchführung dieser individuellen Berechnung erfolgt demnach eine Entlastung der Arbeitgeber.

Zu Absatz 5

Abweichend von den Absätzen 2 und 3 führen Arbeitgeber von unständig Beschäftigten immer den allgemeinen Beitragssatz ohne Anwendung des Sozialausgleichs an die Krankenkasse ab. Auf Antrag können unständig Beschäftigte jeweils nach Ablauf von drei ab-

gerechneten Kalendermonaten durch ihre Krankenkasse prüfen lassen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich besteht. Ist dies der Fall, erstattet die Krankenkasse dem Mitglied zuviel gezahlte Beiträge. Die Feststellung des Sozialausgleichs durch die Krankenkasse ist dabei auf die letzten 12 abgerechneten Kalendermonaten begrenzt.

Durch diese Vorschrift werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre unständig beschäftigten Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate schriftlich in Form eines Informationsschreibens auf ihr Antragsrecht hinzuweisen. Hierdurch wird sichergestellt, dass das Mitglied rechtzeitig vor Ablauf der Zwölfmonatsfrist persönlich über sein Antragsrecht von Seiten seiner Krankenkasse informiert wird.

Zu Absatz 6

Die Regelung stellt sicher, dass Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, in Folge dessen keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift beinhaltet eine Regelung für den unerwarteten Fall, dass ein Mitglied trotz der finanzstabilisierenden Maßnahmen der Bundesregierung bereits im Jahre 2011 Anspruch auf einen Sozialausgleich hat. Ist ein Sozialausgleich dennoch erforderlich, ist er zum Ende des Jahres 2011 im Rahmen einer jährlichen Betrachtung von den Krankenkassen durchzuführen.

Zu Nummer X (§ 243)

Als Folge der Änderung des allgemeinen Beitragssatzes (§ 241) wird der ermäßigte Beitragssatz gesetzlich auf 14,9 Prozent festgelegt.

Zu Nummer X (§ 251)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 242 Absatz 4, mit der klargestellt wird, dass versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld, Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft aufgrund des Wehr- oder Zivildienstes bzw. einer Wehrübung nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder aufgrund einer Eignungsübung nach § 8 Eignungsübungsgesetz fortbesteht, keinen Zusatzbeitrag zu tragen haben. Gleiches gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen.

Gleichzeitig wird ein Verweis auf die Regelungen zur Tragung der Beiträge für Dritte gegeben.

Zu Nummer X (§ 252)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu § 242 Absatz 4. Für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II wird künftig laufend der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben. Die Beitragstragung erfolgt in diesen Fällen durch die Bundesagentur für Arbeit.

Die Regelung stellt zudem sicher, dass eine von der Krankenkasse eingeforderte Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag (vgl. § 242 Absatz 4 - neu -) nicht von der Bundesagentur für Arbeit zu tragen ist.

Zu Buchstabe b

In den in § 251 Absatz 6 genannten Fällen werden die zu tragenden Zusatzbeiträge nach § 242 - neu - direkt an den Gesundheitsfonds gezahlt. Der Gesundheitsfonds erhält die Aufgabe, diese Beiträge entsprechend der Anzahl der Mitglieder, für die die Beiträge gezahlt werden, an die jeweilige Krankenkasse weiterzuleiten. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Zu Nummer X (§ 255)

Durch die Streichung wird klargestellt, dass diese Vorschrift nun für alle Beitragsbestandteile gilt. So müssen die Träger der Rentenversicherung künftig auch dann keinen besonderen Bescheid erteilen, wenn sich die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a ändert.

Hat ein Versicherter Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, weist der Träger der Rentenversicherung automatisch im Rahmen des bestehenden Kontoauszugsverfahrens den Sozialausgleich für den Versicherten aus. Bei einer Änderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zum Jahreswechsel erfolgt eine Information über den aktuellen Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich ebenfalls im Rahmen des vom Träger der Rentenversicherung zu erstellenden Kontoauszugs. Die Erteilung eines besonderen Bescheides ist daher weiterhin nicht erforderlich.

Zu Nummer X (§ 271 Absatz 2)

Zu Nummer 1

Im Zusammenhang mit der Neufassung des § 221a wird geregelt, dass – ähnlich wie bei der Finanzierung der im Rahmen von § 272 Absatz 2 benötigten sog. Konvergenzmittel – der Sozialausgleich im Zusammenhang mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen nach § 242b aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert wird.

Zu Nummer 2

Im Zusammenhang mit der Neufassung des § 221a und der Regelung nach Nummer 1 kann die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds schneller als bisher gesetzlich vorgesehen aufgebaut werden. Es bleibt allerdings dabei, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 und der jeweils folgenden Geschäftsjahre mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss, aber durchaus auch größer sein kann, soweit es für die Erfüllung der Zwecke der Liquiditätsreserve erforderlich ist.

Zu Nummer 3

Mit dieser Vorschrift wird geregelt, dass die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die das Bundesministerium für Gesundheit der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a – neu – zugrunde gelegt hat, der Liquiditätsreserve zuzuführen sind. Damit dienen diese Mittel im Hinblick auf Nummer 1 auch der Finanzierung des Sozialausgleichs, allerdings nur soweit sie für die Deckung der voraussichtlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erforderlich sind.

Zu Nummer X (§ 291a)

Klarstellung entsprechend der bisherigen Regelung, dass diese Ausgaben für die Telemedizininfrastruktur keine Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind und nicht von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben umfasst sind.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu § 85 Absatz 3g (neu)

In der vertragszahnärztlichen Versorgung (ohne Zahnersatz) sind die Punktwerte in den neuen Bundesländern um rund 10 vom Hundert niedriger als diejenigen in den alten Bundesländern. Vergleichbares gilt im Land Berlin, in dem nach dem Einigungsvertrag ursprünglich zwei Rechtskreise mit jeweils unterschiedlichen Vergütungen existierten, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 aufgehoben wurden. Da eine Angleichung der Vergütungen in Berlin im Wesentlichen durch Honoraranhebungen im Rechtskreis Ost unter entsprechender Absenkung im Rechtskreis West erreicht wurde, bleiben die Punktwerte in Berlin um rund 8,5 vom Hundert hinter den durchschnittlich in den alten Bundesländern geltenden Punktwerten zurück.

Für eine Ost-West-Angleichung im vertragszahnärztlichen Bereich besteht auch keine Möglichkeit mehr zur Berücksichtigung höherer Veränderungsdaten in dem Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Ländern nach § 71 Absatz 2 Satz 3 in der bisherigen Fassung. Nach der gesetzlichen Aufhebung der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung durch das GKV-WSG kann durch das Bundesministerium für Gesundheit seit dem Jahr 2008 nur noch eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 festgestellt werden. Eine zukünftige Angleichung der Punktwerte bedarf daher einer Sonderregelung für die neuen Bundesländer und Berlin.

In der Gesamtbetrachtung erscheint es angemessen, eine Anpassung durch den Gesetzgeber in zwei Schritten vorzunehmen. Dabei werden die für das Jahr 2013 vereinbarten Punktwerte und Gesamtvergütungen in dem Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Ländern zusätzlich um 2,5 vom Hundert und im Land Berlin um 2 vom Hundert erhöht. Für das Jahr 2014 wird zusätzlich zu der erhöhten Ausgangsbasis und der vereinbarten Veränderung für 2014 noch einmal eine Erhöhung um weitere 2,5 vom Hundert in den neuen Ländern und 2,0 vom Hundert in Berlin durch den Gesetzgeber vorgeschrieben.

Weitere Anpassungsschritte bleiben den Vertragsparteien vorbehalten.

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

In den Fällen, in denen mehrere sozialversicherungspflichtige Einnahmen von den Krankenkassen für die Durchführung des Sozialausgleiches im Hinblick auf das Verfahren nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches zusammengeführt werden, wird dem Arbeitgeber ermöglicht, erst im Folgemonat eine korrekte Beitragsberechnung durchzuführen und die Beiträge abzuführen.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

In den Katalog der Meldetatbestände wird als weiterer Meldeanlass die besondere Meldung bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen des Beschäftigten aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Die Meldung anlässlich festgestellter Mehrfachbeschäftigung bzw. aufgrund der Angabe der Beschäftigten über weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen erfolgt [stichtagsbezogen - monatlich - periodisch]. Es handelt sich um eine reduzierte Entgeltmeldung, die auf den bekannten Datenbausteinen des DEÜV-Verfahrens aufsetzt und mit der Entgeltabrechnung automatisch erzeugt wird. Gemeldet wird das Entgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. im Recht der Arbeitsförderung, damit auch das Beitragsausgleichsverfahren bei Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze dieser Sozialversicherungszweige in das Verfahren integriert werden kann.

Zu Nummer 3

Um den Umfang des gezahlten Sozialausgleiches feststellen zu können, ist die Angabe des nicht reduzierten Beitrages in den Fällen, in denen ein Sozialausgleich durchgeführt wurde, notwendig.

Zu Nummer 4

Die Vorschrift regelt zunächst das Abrufverfahren, mit dem die Krankenkasse den am Sozialausgleichsverfahren beteiligten Stellen im Rahmen des Verfahrens nach § 242b Absatz 3 SGB V mitteilt, welches Beitragsbemessungsverfahren anzuwenden ist.

Die Vorschrift regelt im Übrigen allgemein in Fällen, in denen Entgelte aus mehreren geringfügigen Beschäftigungen bei verschiedenen Arbeitgebern zusammen zu rechnen sind und nach den besonderen Vorschriften der Gleitzone zu verbeitragen sind, dass die Krankenkasse den beteiligten Arbeitgebern jeweils den korrekten anteiligen Beitragssatz mitteilt.

Die Vorschrift regelt ferner, dass in den Fällen des Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenzen durch das Zusammentreffen von mehreren sozialversicherungspflichtigen Entgelten, in denen bisher allein auf Antrag des Arbeitgebers oder Beschäftigten eine anteilige Beitragserstattung (§ 231 SGB V) durchgeführt worden ist, die Krankenkasse ebenfalls die anteiligen Gesamtsozialversicherungsbeiträge den beteiligten Arbeitgebern oder anderen Meldepflichtigen mitteilt. Dies führt zu bürokratischen Entlastungen für die Arbeitgeber.

Zu Nummer 5

Es wird sichergestellt, dass eine mögliche Verrechnung von Beitragsansprüchen des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten nicht nur in den Fällen einer nicht mitgeteilten Beschäftigung, sondern auch in den Fällen nicht mitgeteilter weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen über die Drei-Monats-Frist des § 28g Satz 3 hinaus besteht.

Zu Artikel 4 (§ 1 KVLG 1989)

Folgeänderung zur Änderung des § 4 Absatz 4 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt an Stelle dieser Vorschrift die weitergehende Regelung des § 18a, die eine Absenkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bis zum Jahr 2014 um 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2004 vorsieht.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Um den Zuwachs der Krankenhausaufgaben und damit den Druck auf die Finanzierung von gesetzlicher Krankenversicherung wie auch privaten Krankenversicherungen zu ver-

mindern, wird für zusätzlich vereinbarte Krankenhausleistungen dauerhaft ein Mehrleistungsabschlag vorgegeben.

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass das vereinbarte Erlösbudget neben der Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auch um die Summe der vereinbarten Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a zu vermindern ist. Damit wird die Entstehung von sachlich nicht gerechtfertigten Mindererlösen nach § 4 Absatz 3 vermieden, wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt.

Zu Buchstabe b

Als Instrument zur Verminderung des Ausgabenzuwachses für Krankenhausleistungen gilt für das Jahr 2011 für zusätzlich gegenüber dem Erlösbudget des Vorjahres vertraglich vereinbarte akutstationäre Leistungen, die mit bundeseinheitlich kalkulierten Entgelten vergütet werden (DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2), ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent. Unter der Annahme, dass für zusätzliche Leistungen zusätzliche variable Kosten in Höhe von 35 Prozent entstehen, ist auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ein gesetzlicher Abschlag von 30 Prozent und damit eine Finanzierung der Leistungen zu 70 Prozent tragfähig und zur finanziellen Stabilisierung der Kostenträger erforderlich. Ab dem Jahr 2012 ist nach Satz 2 die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie für das Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbaren. Sofern hierzu eine Einigung nicht gelingt, ist die Schiedsstelle nach § 13 anrufbar.

Damit Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil auch unter Geltung des Mehrleistungsabschlags noch ausreichend finanziert werden, definiert Satz 3 eine entsprechende Ausnahme von der Abschlagsregelung. In Bezug auf den Mehrleistungsabschlag wird ein sehr hoher Sachkostenanteil als ein Anteil von mehr als zwei Dritteln bestimmt.

Anstelle eines Abschlags, der jeweils nur begrenzt auf die zusätzlich vereinbarten Leistungen vorgenommen wird, gibt Satz 4 vor, dass der auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte ermittelte Mehrleistungsabschlag durch einen einheitlichen Abschlag für alle mit DRG-Fallpauschalen vergüteten Krankenhausleistungen umzusetzen ist. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung haben nach Satz 5 die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus zu vereinbaren. Dabei ist für die Umsetzung des Abschlags ein pauschales Verfahren anzuwenden, indem das auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten Leistungen (zusätzliche Erlöse für bundeseinheitlich kalkulierte Fallpauschalen und Zusatzentgelte) ermittelte Abschlagsvolumen in Form eines einheitlichen Abschlags für sämtliche mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umgesetzt wird. Hierzu kann das ermittelte Abschlagsvolumen ins Verhältnis zu dem Erlösvolumen für die mit Fallpauschalen vergütenden Leistungen gesetzt werden. Mit dem resultierenden Prozentsatz ist ein Abschlag auf den Landesbasisfallwert zu ermitteln, der nach Satz 6 als Korrekturposten zu der jeweils abgerechneten Fallpauschale gesondert in der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen ist. Angesichts der für alle Benutzer eines Krankenhauses bestehenden Einheitlichkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gilt der Mehrleistungsabschlag für alle Kostenträger und auch für Selbstzahler von allgemeinen Krankenhausleistungen.

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, führt Satz 7 – wie bei dem bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführten Mehrleistungsabschlag – aus, dass die für die zusätzlichen Leistungen einzelner Krankenhäuser vereinbarte Summe der Vergütungsabschläge nicht zugleich absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr zu

berücksichtigen ist. Ansonsten würde insofern eine Doppelung entstehen, als bereits heute bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bei Leistungsveränderungen nur der geschätzte Anteil der variablen Kosten zu berücksichtigen ist. Um diese Doppelung zu vermeiden, ist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts die entsprechend abgesenkte Erlössumme für Fallpauschalen zu korrigieren (vgl. Änderung zu § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i.V.m. § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7).

Nach Satz 8 ist der Mehrleistungsabschlag für die zusätzlich vereinbarten Leistungen jeweils auf ein Jahr befristet. Im Folgejahr werden die Mehrleistungen des Vorjahres in ungekürzter Höhe, d. h. in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts im Erlösbudget des Krankenhauses berücksichtigt. Damit wird im Grundsatz an der Formel „gleiche Leistung, gleicher Preis“ für die kollektivvertraglich vereinbarten Krankenhausleistungen festgehalten, da durch einen jeweils auf ein Jahr befristeten Vergütungsabschlag für zusätzliche Leistungen die Bandbreite krankenhausesindividueller Basisfallwerte begrenzt wird.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a ergänzt. Aufgrund der Bezugnahme des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 auf die Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird durch die Ergänzung klargestellt, dass auch diese Abschläge bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Durch Doppelbuchstabe aa wird der nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes vorzunehmende Abzug der Erlössumme der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 4 auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ist demnach ein Abzug nicht vorzunehmen, wenn z. B. bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie auf Grund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2006 in die Regelfinanzierung übergehen. Zudem wird eine redaktionelle Streichung im Zusammenhang mit der nur bis zum Jahr 2009 geltenden Kappungsgrenze für Budgetabsenkungen bei Krankenhäusern vorgenommen, die im Rahmen der Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts an den Landesbasisfallwert höhere Budgetanteile verloren haben. Die Regelung hat nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems keine Relevanz mehr.

Doppelbuchstabe bb

Mit Doppelbuchstabe bb wird durch Anfügung eines neuen Satzes klar gestellt, dass eine Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden (z. B. krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG), in den Jahren 2011 und 2012 bereits dann mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen ist, wenn die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen die jeweils maßgebliche halbierte Veränderungsrate überschreitet.

Zu Buchstabe b

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird die Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2011 und 2012 jeweils auf die halbierte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit

Absatz 2 Satz 3 SGB V festgelegt. Die gesetzliche Vorgabe einer halbierten Grundlohnrates findet für die Jahre 2011 und 2012 auch Anwendung bei der nach § 10 Absatz 9 Satz 5 zweiter Halbsatz zu treffenden Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Die Vorgaben zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts bleiben ansonsten unberührt.

Zu Buchstabe c

§ 10 Absatz 13 Satz 2 sieht bislang vor, dass vom Bundesministerium für Gesundheit und ein gesetzlicher Verfahrensvorschlag zur Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert ab dem Jahr 2015 vorzulegen ist, sofern die bis zum 30. Juni 2011 in Auftrag zu gebende wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt. Zugunsten einer Aufrechterhaltung von Preisunterschieden, die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen, wird die durch Absatz 13 Satz 2 angelegte Etablierung einer Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben.

Zu Nummer 4 (Anlage zum KHEntgG)

Mit Buchstabe a wird klargestellt, dass zur Ermittlung des Erlösbudgets auch die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a abzuziehen sind. Durch Buchstabe b wird die erläuternde Fußnote zum Erlösbudget dementsprechend angepasst.

Zu Artikel 6 (Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes)

Der Beitrag im Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht überschreiten. Dieser errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Weil der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV ab dem Jahr 2011 durch das Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gegeben wird, erübrigt sich die in § 12 Absatz 1c bisher vorgesehene Berechnungsmethode zur Bestimmung des zu berücksichtigenden Zusatzbeitrags. Die Neufassung des Absatzes 1c berücksichtigt dies durch Verweis auf die einschlägige Neuregelung im SGB V.

Die anderen Änderungen sind redaktionell bedingt. Sie berücksichtigen Änderungen im Beitragsrecht der GKV bzw. sehen die Streichung zeitlich überholter Regelungen vor.

Zu Artikel 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird durch § 6 Absatz 1 Satz 3 für die Jahre 2011 und 2012 der Zuwachs des von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandelnden Gesamtbetrags jeweils auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt. Die Möglichkeit, bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen nach Satz 4 die Obergrenze zu überschreiten, bleibt hiervon unberührt (z. B. Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen, zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung, Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen). Die Regelung gilt für alle Einrichtungen, für die die Bundespflegesatzverordnung Anwendung findet. Dies sind psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sowie nach § 6 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 15 KHG (z. B. Palliativstationen oder -einheiten, Fachabteilungen mit Schwerpunkt zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson) oder Einrichtungen, deren Leistun-

gen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte nach § 6 Absatz 1 und 2a KHEntgG abgerechnet werden.

Zu Nummer 2

Da die halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 im Krankenhausbereich durchgängig Anwendung finden soll, wird mit § 6 Absatz 2 Satz 1 klargestellt, dass sie auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerung für die Jahre 2011 und 2012 heranzuziehen ist. Durch die resultierende höhere anteilige Tarifrefinanzierung wird ein Teil des durch die halbierte Veränderungsrate gebremsten Ausgabenanstiegs bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kompensiert.

Zu Artikel 8 (Änderung der Datenerfassungs- und –übermittlungsverordnung)

Die Vorschrift regelt die Frist der erstmaligen und weiteren [stichtagsbezogenen - monatlichen - periodischen] Übermittlung der Entgeltmeldung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10. Die Meldung erfolgt, solange die Voraussetzungen dafür bestehen.

Zu Artikel 9 (Beitragsverfahrensverordnung)

Die Krankenkassen übermitteln zukünftig im Rahmen des Verfahrens nach § 242b Absatz 3 SGB V den Arbeitgebern im Abrufverfahren Daten über die beitragsrechtliche Einordnung einzelner Beschäftigter. Damit im Rahmen der Betriebsprüfung der Nachweis der individuellen Zuordnung dieser festgelegten Beitragssätze problemlos möglich ist, sind die Daten in den Entgeltunterlagen festzuhalten.

Zu Artikel 10 (Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung)

Die Beitragshöhe für den allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz wird in Zukunft gesetzlich geregelt. Damit wird insbesondere der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben. Folglich ist die Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuheben.

Zu Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Grundlage für die Feststellung der Grundpauschale durch das Bundesversicherungsamt sind künftig die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V – neu zugrunde gelegten Werte.

Der allgemeine Beitragssatz wird künftig gesetzlich festgeschrieben (§ 241 SGB V - neu). Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis wird wie bisher im Herbst die Einnahmen des Gesundheitsfonds und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Mitglieder- und Versichertenzahl der GKV im Folgejahr schätzen. Diese Aufgabe wird nunmehr in § 220 Absatz 2 SGB V – neu normiert. Das Bundesministerium für Gesundheit wird nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a SGB V – neu festlegen und jährlich bis zum 1. November im Bundesanzeiger bekannt geben.

Aus diesem Grund sind in der RSAV Folgeänderungen notwendig.

Zu Buchstabe b

Da die gesetzlichen Regelungen erst zum 1. Januar 2011 in Kraft treten und das Bundesministerium für Gesundheit erst am 3. Januar 2011 nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für 2011 im Bundesanzeiger förmlich bekannt gibt (s. § 242a Absatz 2 Satz 2 SGB V – neu), kann das Bundesversicherungsamt die auf der Grundlage der neuen gesetzlichen Vorschriften ermittelten Grundpauschale erst bis zum 5. Januar 2011 bekannt geben. Entsprechend geben die Krankenkassen ihren Versicherten die Grundpauschale erst zum 15. Januar 2011 bekannt.

Zu Nummer 2 (§ 37)

Zu Buchstaben a bis c

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelungen in den §§ 220 und 242a SGB V ändert sich auch die Grundlage für die Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben (s. Begründung zu Nummer 1 Buchstabe a). Grundlage für die Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben, der standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen sowie der Zuweisungen für die knappschaftliche Krankenversicherung (s. dazu aber § 318 SGB V) sind künftig die der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V – neu zugrunde gelegten Werte.

Zu Buchstabe d

Aufgrund der erst am 3.1.2011 erfolgenden Bekanntgabe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit kann das Bundesversicherungsamt die auf der Grundlage der neuen gesetzlichen Vorschriften ermittelten Zuweisungen erst bis zum 5. Januar 2011 bekannt geben.

Zu Nummer 3 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Der Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind, wird künftig auf der Grundlage der der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 242a SGB V – neu zugrunde gelegten Werte ermittelt (s. Begründung zu Nummer 1 Buchstabe a).

Zu Buchstabe b

Das Bundesversicherungsamt kann den Betrag, um den die monatlichen Zuweisungen für jede Krankenkasse zu verändern sind, auf der Grundlage der zu Beginn des Jahres 2011 in Kraft tretenden Vorschriften erst bis zum 5. Januar 2011 bekannt geben.

Zu Artikel 12(Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Damit die Maßnahmen zur Stärkung der Finanzgrundlagen und zur Ausgabenbegrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung zeitnah Wirkung entfalten können, ist vorgesehen, dass das Gesetz zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt, soweit in den Absätzen 2 bis 5 nichts anderes bestimmt ist. Auch die Regelungen zur Einführung eines gerechten Sozialausgleichs im Falle der Überforderung durch Zusatzbeiträge (insbesondere die §§ 242, 242a und 242b) treten zum 1. Januar 2011 in Kraft. § 242b Absatz 7 – neu - beinhaltet insoweit eine Übergangsregelung für den unerwarteten Fall, dass ein Mitglied trotz der finanzstabilisierenden Maßnahmen der Bundesregierung bereits im Jahre 2011 Anspruch auf einen Sozialausgleich hat.

Zu Absatz 2

Aus Gründen der Rechtsklarheit tritt die Regelung rückwirkend zum 1. Januar 2008 in Kraft. Da die Veränderungsrate wegen der ab diesem Zeitpunkt veränderten Datengrundlage schon seit dem Jahr 2008 nur noch einheitlich für das gesamte Bundesgebiet festgestellt worden ist, wird durch das rückwirkende Inkrafttreten nicht nachträglich ändernd in Sachverhalte eingegriffen, die bereits in der Vergangenheit abgeschlossen sind. Vielmehr wird die bisherige Praxis lediglich bestätigt.

Zu Absatz 3

Mit der rückwirkenden Änderung wird ein redaktionelles Versehen beseitigt. Mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2010 im SGB V Titel verschoben, womit keine inhaltliche Änderung der Regelung in § 171a SGB V zur kassenartenübergreifenden Vereinigung von Krankenkassen verbunden war. Es wird klargestellt, dass die Möglichkeit der kassenartenübergreifenden Vereinigung seit dem 1. Januar 2010 unverändert auch Ersatzkassen erfasst.

Zu Absatz 4

Die Regelungen zu Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung treten bereits mit Datum des Kabinettsbeschlusses in Kraft. Die Änderungen gelten damit bereits für Verträge, die ab diesem Zeitpunkt zustande kommen. Auch die Regelungen zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 treten schon mit Datum des Kabinettsbeschlusses in Kraft. Sie sind also bei der Beschlussfassung der Selbstverwaltung für das Jahr 2011 bereits zu berücksichtigen. Ebenfalls mit Datum des Kabinettsbeschlusses treten in Kraft die Regelungen zur Begrenzung des Zuwachses der akut-stationären Krankenhauspreise und der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sowie zur Einführung eines Mehrleistungsabschlags für akut-stationäre Krankenhausleistungen. Demzufolge sind diese bereits im Herbst 2010 bei den prospektiven Verhandlungen des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridores nach § 10 Absatz 9 Satz 5 KHEntG, des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 1 Satz 1 KHEntG sowie des Erlösbudgets nach § 4 KHEntG und des Gesamtbetrags nach § 6 BPfIV zu berücksichtigen.

Zu Absatz 5

Die Regelung tritt bereits zum 31. Dezember 2010 in Kraft, damit diejenigen Personen, deren Gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2010 überstiegen hat, die aber zum Ende des Jahres 2010 die dreijährige Wartezeit noch nicht erfüllen, bereits zum Jahresbeginn 2011 versicherungsfrei werden und demzufolge in die private Krankenversicherung wechseln können. Gleichzeitig wird diesen Personen ein einmaliges Beitrittsrecht zu gesetzlichen Krankenversicherung eingeräumt (s. § 9 Abs. 1 Nr. 9 - neu).

Zu Absatz 6

Die Einführung des neuen Meldeverfahrens bei den Arbeitgebern und den Trägern, insbesondere den Krankenkassen, bedarf einer Vorlaufzeit für die Anpassung der Soft- und Hardware von bis zu einem Jahr. Von daher ist vorgesehen, das Verfahren mit der Jahresanpassung der Arbeitgebersoftware zum Jahreswechsel 2012 einzusetzen. Dies führt auch zu geringeren finanziellen Belastungen der Arbeitgeber für die Softwareanpassung.

Zu Absatz 7

Nachdem die Honorarzuwächse im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2011 und 2012 gesetzlich begrenzt werden, treten am 1. Januar 2013 die Regelungen zur Angleichung der zahnärztlichen Vergütung in den neuen Bundesländern und Berlin in Kraft.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen vor allem für die GKV verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden sowie für die Gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

1. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die GKV durch höhere Beitragseinnahmen und ausgabenbegrenzende Regelungen finanziell entlastet.

Jährliche Mehreinnahmen in einer finanziellen Größenordnung von rd. 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 ergeben sich für die GKV aus der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte, nach der das zwischenzeitlich abgesenkte Beitragssatzniveau wieder dem Niveau vor dem 1. Juli 2009 entspricht. Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich versicherter Personen in die private Krankenversicherung können sich grob geschätzt ab 2011 jährliche Mindereinnahmen in einer Größenordnung von rd. 0,2 Mrd. Euro ergeben. Zusammen mit den im Haushaltsbegleitgesetz 2011 (BT Drs.) vorgesehenen aus der Bereitstellung eines weiteren Bundeszuschusses von 2 Mrd. Euro resultierenden Mehreinnahmen ergeben sich im Jahr 2011 gesetzlich bewirkte Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden.

Durch ausgabenbegrenzende Maßnahmen bei Leistungserbringern und Krankenkassen ergeben sich aus diesem Gesetz folgende Einsparungen:

- Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf das Niveau 2010
rd. 0,3 Mrd. Euro in 2011 und
zusätzlich rd. 0,3 Mrd. Euro in 2012
- Begrenzung des Anstiegs der akutstationären Preise und der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der „Grundlohnrate“
rd. 0,15 Mrd. Euro in 2011 und
zusätzlich rd. 0,3 Mrd. Euro in 2012
- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern
rd. 0,35 Mrd. Euro in 2011
rd. 0,27 Mrd. Euro ab 2012
- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung für Zahnbehandlung auf die Hälfte der „Grundlohnrate“
rd. 0,02 Mrd. Euro in 2011
zusätzlich rd. 0,04 Mrd. Euro in 2012

- Durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 0,5 Mrd. Euro vermieden.

Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung ergeben sich durch die Regelungen dieses Gesetzes insgesamt keine Mehrausgaben. Mehrausgaben im Bereich der morbiditätsorientierten Vergütung stehen entsprechende Minderausgaben durch Begrenzungsregelungen im Bereich der extrabudgetären Vergütung gegenüber.

Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro (ab 2013) bzw. 45 Mio. Euro (ab 2014) entstehen im Bereich der zahnärztlichen Vergütung durch die schrittweise Angleichung der Punktwerte in den neuen Bundesländern.

Zusammen mit den ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Arzneimittel- und Impfstoffversorgung, die im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 29. Juli 2010 (BGBl. I, S. 983) sowie des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 17/2413) geregelt werden, ergeben sich für die GKV im Jahr 2011 Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von rd. 3,5 Mrd. Euro in 2011 und rd. 4 Mrd. Euro in 2012.

2. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung steigen die Ausgaben in Folge der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes um rund 645 Millionen Euro jährlich. Davon entfallen rund 620 Millionen Euro auf die allgemeine Rentenversicherung und rund 25 Millionen Euro auf die knappschaftliche Rentenversicherung. Letztere entspricht der bereits genannten Belastung des Bundes aufgrund dessen Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung.

3. Bundesagentur für Arbeit

Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeld-Bezieher nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Haushalt der Bundesagentur für Arbeit) belaufen sich auf jährlich rund 120 Millionen Euro.

4. Bund, Länder und Gemeinden

Der Bund wird als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes um rund 15 Millionen Euro belastet. Zudem wird der Bund um insgesamt jährlich rund 190 Millionen Euro durch die Erhöhung der vom Bund zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, durch Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung (jährlich rund 25 Millionen Euro) sowie durch die Beteiligung des Bundes an kleineren Systemen, etwa den Zusatz- und Sonderversorgungssystemen (jährlich rund 5 Millionen Euro) belastet.

Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen des Gesetzes im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte für den Bund in den Jahren 2011 und 2012 Minderausgaben von ... Mio. Euro bzw. ...Mio. EuroErgänzung durch BMELV.

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert, deren Aufbau durch den weiteren Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro im Jahr 2011 beschleunigt wird. Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Die Höhe dieser Zahlung wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.

Die Länder und Kommunen werden als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes um jährlich rund 145 Millionen Euro und durch die Beteiligung der Länder an kleineren Systemen um jährlich rund 25 Millionen Euro belastet.

5. Sonstige Kosten

Die Arbeitgeber tragen Veränderungen des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer zur Hälfte. Die jährliche Belastung der Unternehmen entspricht bei einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus um insgesamt 0,6 Beitragssatzpunkte rechnerisch einer Größenordnung von circa 2 Milliarden Euro. Weitere finanzielle Auswirkungen auf die Wirtschaft und insbesondere auch auf mittelständische Unternehmen entstehen mit diesem Gesetz nicht.

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer werden in ihrer Gesamtheit durch die Erhöhung des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus in ähnlichem Umfang belastet wie die Arbeitgeber. Für gesetzlich krankenversicherte Rentner entspricht das Belastungsvolumen der Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung.

D. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Aus der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf das vor dem 1. Juli 2009 geltende Niveau ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Belastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

E. Bürokratiekosten

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält folgende Informationspflichten, die geringe Bürokratiekosten für die Wirtschaft oder Verwaltung verursachen:

Den Arbeitgebern entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs im Rahmen des Zusatzbeitrages der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung geringe Mehrbelastungen. Diese Regelung ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten leicht handhabbar. Der Ausgleich erfolgt damit automatisch.

Mit einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG - § 4 Absatz 2a Satz 6 KHEntgG) wird vorgegeben, dass der Mehrleistungsabschlag in der Rechnung der Krankenhäuser gesondert auszuweisen ist. Der Abschlag ist Bestandteil der Krankenhausentgelte und daher aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit in der Rechnung gesondert auszuweisen. Auch wenn der Ausweis für alle rund 16 Millionen akutstationären Krankenhausfälle zu erfolgen hat, ist der bürokratische Aufwand als äußerst gering einzustufen, da die Rechnungslegung in den Krankenhäusern über die Krankenhausinformationssysteme automatisch erfolgt und die Umsetzung der Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme erfolgen kann, die zudem bereits im Jahre 2009 aufgrund des geltenden § 4 Absatz 2a KHEntgG erforderlich war.

Durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen neuen § 73b Abs. 9 SGB V entsteht eine neue Informationspflicht (Verwaltung).

Die Krankenkassen werden aufgefordert die Verträge der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden die Verträge in einem Schiedsverfahren beschlossen, hat die Schiedsperson die Verträge vorzulegen.

Auswirkung hat diese gesetzliche Regelung allerdings nur für die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Denn gem. § 71 Abs. 5 SGB V besteht für die landesunmittelbaren Krankenkassen diese Informationspflicht bereits seit dem 1. April 2007.

Aber auch für die bundesunmittelbaren Krankenkassen ergibt sich im Ergebnis keine Veränderung. So hat das BVA als Aufsichtsbehörde über diese Krankenkassen bereits in der Vergangenheit die sich aus dem allgemeinen Aufsichtsrecht ergebende Option (vgl. § 88 SGB IV) wahrgenommen, sich die HzV-Verträge vorlegen zu lassen. Es kommt damit durch die Ergänzung des § 73b SGB V auch hier tatsächlich zu keiner Mehrbelastung für die Krankenkassen.

Die Bürokratiekosten sind daher nicht quantifizierbar.

Mit den Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden zwei Informationspflichten für die Verwaltung (Krankenkassen und Bundesversicherungsamt) geändert.

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.