

## **Beschlussempfehlung und Bericht**

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**  
– Drucksache 17/3040 –

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

- b) **zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
– Drucksachen 17/3360, 17/3441 –

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

- c) **Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD**  
– Drucksache 17/3427 –

**Patientenschutz statt Lobbyismus – keine Vorkasse in der gesetzlichen  
Krankenversicherung**

- d) **Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**  
– Drucksache 17/1238 –

### **Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen**

- e) **zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung**  
– Drucksache 16/12639 –

### **Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit den durch das GKV-WSG bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **A. Problem**

Zu den Buchstaben a und b

Deutschland hat nach Ansicht der Bundesregierung ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bietet. Dieses bewährte System stehe jedoch vor großen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergäben. Seit vielen Jahren nähmen die Ausgaben der GKV schneller zu als die beitragspflichtigen Einnahmen. Steigende Beitragssätze führten jedoch zu steigenden Lohnkosten und gefährdeten Arbeitsplätze. Ein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehe im Hinblick auf das für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit von bis zu 11 Milliarden Euro, das im Rahmen des bestehenden Systems der Zusatzbeiträge viele Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten bringen und manche sogar in die Insolvenz treiben würde. Damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung weiterhin erhalten werden könne, müsse das deutsche Gesundheitssystem vor allem in Richtung auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden. Dazu sei es erforderlich, das geltende Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass die Bundesregierung eine erhebliche Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung anstrebe. Die geplanten Änderungen belasteten die Patientinnen und Patienten mit überhöhten Gebühren und führten zu einem unnötigen Bürokratieaufbau bei den Kassen. Mit ihrem Vorhaben eröffne die Bundesregie-

nung der PKV ein lohnendes neues Geschäftsfeld, begünstige einseitig die niedergelassenen Fachärzte und schaffe letztlich ein Drei-Klassen-System aus Privatversicherten sowie gesetzlich Versicherten mit und ohne Kostenerstattung. Insgesamt sei dies als eine Lobbypolitik zugunsten Besserverdienender zu werten, die letztlich die Grundlagen der solidarischen Krankenversicherung aushöhle.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller hat die seit Jahrzehnten betriebene Kostendämpfungspolitik zunehmende Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zur Folge gehabt. Während Versicherte und Patienten durch Kürzung oder Streichung von Leistungen sowie durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen immer stärker belastet würden, blieben die Arbeitgeber von der Finanzierung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen weitgehend verschont.

Zu Buchstabe e

Durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sollten die Wahlmöglichkeiten für gesetzlich Krankenversicherte, die sich anstelle des Sachleistungsprinzips für die Kostenerstattung entschieden haben, ausgeweitet und flexibilisiert werden. Die Auswahlmöglichkeiten erstrecken sich nunmehr auf verschiedene Leistungsbereiche. Ferner wurde dem GKV-Spitzenverband mit § 13 Absatz 2 SGB V der Auftrag erteilt, dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-WSG einen Bericht über die Erfahrungen mit der Neuregelung vorzulegen. Dieser Bericht wurde dem BMG mit Schreiben vom 25. März 2009 zugeleitet.

## B. Lösung

Zu den Buchstaben a und b

Der Gesetzentwurf enthält im Einzelnen Reformmaßnahmen 1. zur Begrenzung der Ausgaben, 2. zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und 3. zu einem gerechten Sozialausgleich:

### 1. Begrenzung der Ausgaben

- Ein Teil der aktuellen defizitären Finanzentwicklung der GKV ist auf einen Anstieg der Verwaltungskosten zurückzuführen. Daher wird festgelegt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen dürfen.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag in Höhe von 30 Prozent für das Jahr 2011 festgelegt. Ab 2012 ist der Abschlag vertraglich zu vereinbaren.
- 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 ansteigen.
- Der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung wird in den Jahren 2011 und 2012 begrenzt.
- In § 73b SGB V wird eine Regelung getroffen, die die Mehrkosten der Vergütung ärztlicher Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung gegen-

über der hausärztlichen Vergütung in der kollektivvertraglichen Regelversorgung begrenzt.

- 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

- Die aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 finanzierte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Krankenkassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent angehoben, zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.
- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben.
- Unvermeidbare, die Einnahmen übersteigende Ausgabenzuwächse werden durch einkommensunabhängige, kassenindividuell festzulegende Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Damit erhielten die Krankenkassen die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Zudem könnten die Versicherten künftig Preise und Leistungen der verschiedenen Krankenkassen besser miteinander vergleichen.

## 3. Gerechter Sozialausgleich

Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, erfolgt ein Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln.

**Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/3040 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

**Einstimmige Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/3360, 17/3441.**

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung wird aufgefordert, 1. keine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen und 2. am Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung festzuhalten.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/3427 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.**

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein Gesetz vorzulegen, durch das eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt werden soll. Das Gesetz soll folgende Bestimmungen enthalten: Einführung eines allgemeinen individuellen Kranken- und Pflegeversicherungsanspruchs ab der Geburt, Einbeziehung aller bisher privat versicherten Personengruppen in die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsbemessung sowie Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/1238 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.**

Zu Buchstabe e

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die gesetzlich Krankenversicherten trotz der erweiterten Möglichkeiten bei der Wahl der Kostenerstattung nach wie vor das Sachleistungsprinzip eindeutig bevorzugen. Kostenerstattung wird nur von einem äußerst kleinen Teil der rund 70,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherten gewählt. Vor Inkrafttreten des GKV-WSG waren es rund 122.000 Versicherte oder 0,17 Prozent und danach – im zweiten Halbjahr 2008 – rund 132.000 Personen oder 0,19 Prozent aller gesetzlich Versicherten.

**Einstimmige Kenntnisnahme der Unterrichtung auf Drucksache 16/12639.**

### **C. Alternativen**

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/3040 und Annahme eines der beiden Anträge.

### **D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

Zu den Buchstaben a und b

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 Beitragsatzes mit rund 15 Millionen Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem wird der Bund im Jahre 2011 mit rund 200 Millionen Euro durch die Erhöhung der von ihm zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch sowie durch Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung (jährlich rund 25 Millionen Euro) und an den Erstattungen gegenüber der Rentenversicherung für Renten- und Beitragslasten aus den ehemaligen Zusatz- und Sondersversorgungssystemen der DDR (jährlich rund 5 Millionen Euro) belastet. Die überwiegenden Mehrkosten fallen somit im Bereich des SGB II an

und hängen in den folgenden Jahren von der tatsächlichen Entwicklung der Zahl der Hilfebedürftigen ab.

Durch die Beitragssatzanhebungen entstehen für den Bund im Bereich der Ausgaben für Wehr- und Zivildienstleistende Mehrausgaben in einem niedrigen einstelligen Millionenbetrag. Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Beihilfe entstehen Minderausgaben, die sich ebenfalls in einem niedrigen einstelligen Millionenbereich bewegen.

Die ausgabenbegrenzenden Regelungen dieses Gesetzes führen im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte für den Bund von rund 7,5 Millionen Euro im Jahr 2011 bzw. rund 8,4 Millionen Euro im Jahr 2012.

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert.

Die Anhebung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verursacht Steuerausfälle, weil die Arbeitnehmerbeiträge als Sonderausgaben abziehbar sind. Die jährlichen Steuermindereinnahmen betragen schätzungsweise 590 Millionen Euro (Bund ca. 250 Millionen Euro, Länder ca. 250 Millionen Euro, Gemeinden ca. 90 Millionen Euro), bei der Einkommenssteuer sowie rund 30 Millionen Euro beim Solidaritätszuschlag (jeweils volle Jahreswirkung). Die Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge führt zu einem höheren Betriebsausgabenabzug und somit ebenfalls zu Steuerausfällen. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Arbeitgeber bestrebt sind, die Mehrkosten zu kompensieren. In welchem Umfang dies gelingt, lässt sich nicht abschätzen. Eine aussagefähige Bezifferung der tatsächlichen Steuermindereinnahmen ist somit nicht möglich.

Zu dem für den Bund durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Bürokratiekosten.

## 2. Länder und Gemeinden

Die Länder und Gemeinden 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.

Zu den für Länder und Gemeinden durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Bürokratiekosten.

Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung entstehen Ländern und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe Entlastungen in geringem nicht quantifizierbarem Umfang.

## 3. Gesetzliche Krankenversicherung

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

Jährliche Mehreinnahmen in einer Größenordnung von rund 6,3 Milliarden 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 rund 0,2 Milliarden Euro ergeben. Zusammen mit den im Haushaltsbegleitgesetz 2011 (Bundratsdrucksache 532/10) vorgesehenen, aus der Bereitstellung eines weiteren Bundeszuschusses von 2 Milliarden Euro resultierenden Mehreinnah-

men ergeben sich im Jahr 2011 Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rund 8 Milliarden 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: rund 300 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012,
- Begrenzung des Preisanstiegs der Fallpauschalen für akutstationäre Leistungen und Begrenzung des Anstiegs der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der Grundlohnrate: rund 150 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012,
- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern: rund 350 Mio. Euro in 2011 und rund 270 Mio. Euro ab 2012,
- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung für Zahnbehandlung auf die Hälfte der Grundlohnrate: rund 20 Mio. Euro in 2011, zusätzlich rund 40 Mio. Euro in 2012.
- Durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 500 Mio. 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 rund 3,5 Milliarden Euro und rund 4 Milliarden Euro in 2012.

#### 4. Soziale Pflegeversicherung

Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich krankenversicherter Personen aus der sozialen Pflegeversicherung in die private Pflege-Pflichtversicherung können sich ab 2011 grob geschätzt Mindereinnahmen von rd. 400 Mio. Euro ergeben.

#### 5. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung steigen die Ausgaben infolge der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes um rund 660 Millionen Euro im Jahr 2011, die bis zum Jahr 2014 auf rund 680 Millionen Euro jährlich aufwachsen.

#### 6. Bundesagentur für Arbeit

Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeld-Bezieher nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Haushalt der Bundesagentur für Arbeit) wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes belaufen sich im Jahr 2011 auf rund 120 Millionen Euro. Die Mehrkosten in den folgenden Jahren hängen von den tatsächlichen Entwicklungen am Arbeitsmarkt ab.

#### 7. Gesetzliche Unfallversicherung

Wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes steigen im Jahr 2011 die Ausgaben um rund 3,5 Millionen Euro und verharren dann auf diesem Niveau.



Zu Buchstabe c

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe e

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

## **E. Sonstige Kosten**

Zu den Buchstaben a und b

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 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.

Aus der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf das vor dem 1. Juli 2009 geltenden 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.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Zu Buchstabe c

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Nach Ansicht der Antragsteller wäre mit der Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ein Beitragssatz von etwa 10 Prozent möglich, und zwar je 5 Prozent für Arbeitgeber und abhängig Beschäftigte bzw. Rentnerinnen und Rentner, und dies ohne Praxisgebühr und andere Zuzahlungen.

Zu Buchstabe e

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

## **F. Bürokratiekosten**

Zu den Buchstaben a und b

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



Den Arbeitgebern entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung und hieraus resultierenden neuen Meldepflichten Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Die Mehrkosten auf Grund regelmäßiger Datenmeldungen an die Krankenkassen belaufen sich auf ca. 3 Millionen Euro jährlich. Die einmaligen Umstellungskosten im Rahmen der Softwareanpassung können nicht gesondert beziffert werden. Für die eigentliche Durchführung des Sozialausgleichs werden in den nächsten Jahren allenfalls sehr geringe Kosten anfallen, die jedoch perspektivisch steigen werden. Aufgrund der Umsetzung des Sozialausgleichs im Rahmen EDV-gestützter Abrechnungen werden diese Kosten jedoch als gering eingeschätzt.

Den Sozialversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit und der Künstlersozialkasse entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung geringe Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. 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 Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme umgesetzt werden 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 Krankenkassen den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder einen von ihnen geschlossenen Hausarztvertrag vorzulegen haben. Bisher war eine solche Vorlagepflicht nur gegenüber den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorgesehen. Eine relevante Mehrbelastung für die Krankenkassen entsteht hierdurch aber nicht.

Beim Bundesversicherungsamt entstehen zusätzliche Aufwendungen für Personal- und Sachmittel. Der Mehrbedarf soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 11 ausgeglichen werden.

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.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller führt die von der Bundesregierung geplante Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Bürokratieaufbau bei den Kassen und zu nicht abschätzbaren Mehrkosten, weil Wirtschaftlichkeitsprüfungen und andere Kontrollen erschwert würden.

Zu Buchstabe d

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe e

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

**Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

in Kenntnis der Unterrichtung auf Drucksache 16/12639

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/3360, 17/3441 für erledigt zu erklären,
- c) den Antrag auf Drucksache 17/3427 abzulehnen,
- d) den Antrag auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Berlin, den 10. November 2010

**Der Ausschuss für Gesundheit**

**Dr. Carola Reimann**  
Vorsitzende

**Jens Spahn**  
Berichterstatter

**Ulrike Flach**  
Berichterstatterin

**Dr. Karl Lauterbach**  
Berichterstatter

**Harald Weinberg**  
Berichterstatter

**Birgitt Bender**  
Berichterstatterin

## Zusammenstellung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

– Drucksache 17/3040 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>
<b>(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)</b>	<b>(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)</b>
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
<b>Artikel 1</b>	<b>Artikel 1</b>
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
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 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	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 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 4 Absatz 4 Satz 2 bis 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	1. § 4 wird <b>wie folgt geändert</b> :
	a) <b>Absatz 4 Satz 2 bis 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt</b> :
„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 <i>Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen zu be-</i>	„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

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>rücksichtigen. Die Sätze 2 und 3 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“</i>	
	<p>1. Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen sowie</p>
	<p>2. Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf der Durchführung der Sozialversicherungswahlen beruhen, es sei denn, dass das Wahlverfahren nach § 46 Absatz 2 des Vierten Buches durchgeführt wird,</p>
	<p>zu berücksichtigen. In Fällen unabwiesbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen, soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. Die Sätze 2 und 3, Satz 4 Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“</p>
	<p>b) Die folgenden Absätze werden angefügt:</p>
	<p>„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.</p>
	<p>(6) Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um zwei Prozent. § 291a Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.“
2. § 6 wird wie folgt geändert:	2. unverändert
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.	
	2a. In § 8 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „erfüllt“ die Wörter „, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde“ eingefügt und das Komma am Ende durch die Wörter „; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden angerechnet,“ ersetzt.
3. § 9 wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“.</p>	
<p>b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,“.</p>	
	<p><b>3a. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</b></p>
	<p>„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens z 1 Satz 6 SGB V betrifft Verweisungen auf s-tenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden“.
	<b>3b. § 43b Absatz 3 wird wie folgt geändert:</b>
	a) In Satz 7 werden die Wörter „Vollstreckungsverfahren und“ gestrichen.
	b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:
	„Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“
	c) Der bisherige Satz 9 wird wie folgt gefasst:
	„Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, verringert sich abweichend von Satz 1 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht.“
	<b>3c. § 53 wird wie folgt geändert:</b>
	a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.
	b) Absatz 8 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:
	„Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6.“
	c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:
	„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.“
4. § 71 wird wie folgt geändert:	4. unverändert
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 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet“ durch die Wörter „anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die 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:	5. § 73b wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
<p>„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertra-</p>	<p>„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertra-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ges nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 31. Dezember 2012 § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden.“</p>	<p>ges nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. <b>Die in Satz 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.</b> Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30. Juni 2014 § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden.“</p>
<p>b) In Absatz 8 werden die Wörter „können vereinbaren, dass Aufwendungen für“ durch die Wörter „haben bei Vereinbarungen über“ ersetzt und werden vor den Wörtern „aus Einsparungen“ die Wörter „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen“ eingefügt.</p>	<p>b) unverändert</p>
<p>c) Folgender Absatz 9 wird angefügt:</p>	<p>c) unverändert</p>
<p>„(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 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. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen.“</p>	
<p>6. § 85 wird wie folgt geändert:</p>	<p>6. § 85 wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:	a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:
<p>„(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich <i>in den Jahren 2011 und 2012 jeweils</i> höchstens um die <i>Hälfte der</i> nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“</p>	<p>„(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich <b>im Jahr 2011</b> höchstens um die <b>um 0,25 Prozentpunkte verminderte</b> und <b>im Jahr 2012</b> höchstens um die <b>um 0,5 Prozentpunkte verminderte</b> nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“</p>
b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:	b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:
<p>„(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich <i>in den Jahren 2011 und 2012 jeweils</i> höchstens um die <i>Hälfte der</i> nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“</p>	<p>„(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich <b>im Jahr 2011</b> höchstens um die <b>um 0,25 Prozentpunkte verminderte</b> und <b>im Jahr 2012</b> höchstens um die <b>um 0,5 Prozentpunkte verminderte</b> nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“</p>
7. Dem § 87 wird folgender Absatz 9 angefügt:	7. unverändert
<p>„(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 umgehend dem Deutschen Bundestag vor.“</p>	
8. Nach § 87c wird folgender § 87d eingefügt:	8. Nach § 87c wird folgender § 87d eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 87d	„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012	Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012
<p>(1) Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. 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. Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2f zu treffen. Die regionale Eurogebührenordnung, die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellen ist, enthält für die Jahre 2011 und 2012 ausschließlich Preise für den Regelfall.</p>	<p>(1) unverändert</p>
<p>(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 zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um 0,75 Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 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 er-</p>	<p>(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 zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um <b>1,25</b> Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 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</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gibt. 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 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 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 der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.</p>	<p>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 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren <b>nach Satz 4</b> zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, <b>soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelungen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.</b></p>
<p>(3) Kommt der Beschluss nach Absatz 2 Satz 7 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb der genannten Frist zustande, gilt § 87b Absatz 5 Satz 4 und 5 entsprechend.</p>	<p>(3) unverändert</p>
<p>(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen <i>nach § 87a Absatz 3 Satz 5</i>, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei <i>das um die Hälfte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte</i> 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 Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Kranken-</p>	<p>(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen, <b>die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden</b>, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das Ausgabenvolumen des Jahres 2010, <b>erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate</b> 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, <b>nicht-ärztliche Dialyseleistungen</b> sowie ab dem Jahr</p>



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>kassen 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 <i>um die Hälfte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte</i> Ausgabenvolumen des Jahres 2011 nicht überschreiten soll.“</p>	<p>2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese Leistungen 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 Ausgabenvolumen des Jahres 2011, <b>erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate</b> nicht überschreiten soll.“</p>
9. Der bisherige § 87d wird § 87e.	9. unverändert
10. § 105 Absatz 5 wird aufgehoben.	10. unverändert
	„10a. § 120 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
	<p>„Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflege-satzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflege-satzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern.“</p>
	bb) Satz 6 wird aufgehoben.
	cc) Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „Jahr 2009“ durch die Wörter „jeweilige Jahr erstmalig“ ersetzt.



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Absatz 1a Satz 1 oder“ eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten.““</p>
	<p>10b. In § 129 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „, 4“ gestrichen.</p>
<p>11. In § 171a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und diesem Titel“ durch die Wörter „und Siebten Titel“ ersetzt.</p>	<p>11. unverändert</p>
<p>12. § 190 Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>12. unverändert</p>
<p>a) In Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt.“ ersetzt.</p>	
<p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p>	
<p>„Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.“</p>	
	<p>12a. In § 194 Absatz 1a wird Satz 2 wie folgt gefasst:</p>

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>„Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsrankenversicherung.“</p>
<p>13. Nach § 201 Absatz 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:</p>	<p>13. § 201 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Nach Absatz 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:</p>
<p>„1a. die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Krankenkasse diese Bezugsdaten für die Prüfung einer Anspruchsberechtigung nach § 242b anfordert,“.</p>	<p>1a. unverändert</p>
	<p>b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.“</p>
<p>14. § 220 wird wie folgt geändert:</p>	<p>14. unverändert</p>
<p>a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.</p>	
<p>b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt für jedes Jahr bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Diese Schätzung dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.“	
15. In § 221 Absatz 2 wird die Angabe „Satz 3“ gestrichen.	15. unverändert
16. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:	16. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:
„§ 221b	„§ 221b
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich	Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich
Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeiträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a.“	Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeiträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich <b>jeweils</b> in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge, <b>die für Mitglieder</b> nach § 242 Absatz 4 <b>Satz 1 erhoben werden, sowie die Zahlungen für Zusatzbeiträge, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches gezahlt werden.</b> “
	16a. Nach § 232a Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
	„(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichem Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.“</p>
17. § 241 wird wie folgt gefasst:	17. unverändert
„§ 241	
Allgemeiner Beitragssatz	
Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“	
18. § 242 wird wie folgt geändert:	18. § 242 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) unverändert
aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zusatzbeitrag“ das Wort „einkommensunabhängiger“ eingefügt.	
bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.	
b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:	b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:
„(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben, auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben.	„(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrages nach

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 242a erhoben; <b>dies gilt</b> auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. <b>Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.</b>
<p>(5) Von Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6 und 7 und Absatz 4a Satz 1, von Mitgliedern deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2, § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, von Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch beziehen, von Mitgliedern, die Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz beziehen, und von Mitgliedern, die vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie von Beschäftigten, bei denen allein § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird, wird kein Zusatzbeitrag erhoben.</p>	<p>(5) <b>Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird</b> ein Zusatzbeitrag <b>nicht</b> erhoben von</p>
	<p>1. Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8 und Absatz 4a Satz 1,</p>
	<p>2. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,</p>
	<p>3. Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,</p>
	<p>4. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie</p>
	<p>5. von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches ange-</p>

\* Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<b>wendet wird,</b>
	<b>soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.</b>
<p>(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für <i>mindestens</i> sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen <i>einmaligen</i> Verspätungszuschlag 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 Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß Satz 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“</p>	<p>(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für <b>jeweils</b> sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse <b>zusätzlich</b> einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die <b>Summe</b> der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens <b>20 Euro</b> beträgt. Das Nähere, insbesondere die <b>Höhe</b> des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß Satz 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“</p>
19. Nach § 242 werden die folgenden §§ 242a und 242b eingefügt:	19. Nach § 242 werden die folgenden §§ 242a und 242b eingefügt:
„§ 242a	unverändert
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	
(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Aus-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>gaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche 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.</p>	
<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.</p>	
<p>§ 242b</p>	<p>§ 242b</p>
<p>Sozialausgleich</p>	<p>Sozialausgleich</p>
<p>(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragsatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. § 233 bleibt unberücksichtigt. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs</p>	<p>(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragsatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – <b>mit Aus-</b></p>



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Pflichtversicherter nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.</p>	<p><b>nahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13</b> – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. <b>§ 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.</b> Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.</p>
<p>(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. <i>§ 233 ist für die Ermittlung der Überforderung nicht anzuwenden.</i> Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrages Absatz 5 entsprechend. Im Fall des Satz 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach</p>	<p>(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrages Absatz 5 entsprechend. Im Fall des 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</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragende Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem <i>allgemeinen</i> Beitragssatz nach § 241 zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausbezahlt wird.</p>	<p>entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem <b>für das Mitglied maßgeblichen</b> Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausbezahlt wird.</p>
<p>(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine</p>	<p>(3) unverändert</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragsatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.</p>	
<p>(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.</p>	(4) unverändert
<p>(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 zwölf abgerechneten Kalendermonaten den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.</p>	(5) unverändert
<p>(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches <i>übernommen wird</i>, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.</p>	<p>(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder <b>die Leistungen</b> nach dem dritten <b>oder vierten</b> Kapitel des Zwölften Buches <b>beziehen</b>, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.</p>
	(7) <b>Die Deutsche Rentenversicherung</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet bzw. von ihnen nachgefordert haben.</b></p>
<p>(7) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“</p>	<p><b>(8)</b> Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“</p>
<p>20. § 243 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>20. unverändert</p>
<p>„§ 243</p>	
<p>Ermäßigter Beitragssatz</p>	
<p>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 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“</p>	
<p>21. <i>In § 251 Absatz 6 Satz 2 werden die Angabe „7 oder“ gestrichen, nach dem Wort „getragen“ ein Punkt eingefügt, der zweite Halbsatz gestrichen und folgender Satz angefügt:</i></p>	<p>21. § 251 Absatz 6 <b>wird wie folgt gefasst:</b></p>
<p>„Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht.“</p>	<p>„<b>(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht.</b>“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. <b>Eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kasnenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.“</b>
22. § 252 wird wie folgt geändert:	22. § 252 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 242“ durch die Angabe „§§ 242, 242a“ ersetzt.	a) unverändert
b) Nach Absatz 2 wird <i>folgender Absatz 2a</i> eingefügt:	b) Nach Absatz 2 <b>werden die folgenden Absätze 2a und 2b</b> eingefügt:
„(2a) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 3 <i>leitet der Gesundheitsfonds</i> die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 monatlich entsprechend der Anzahl <i>der</i> Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a an die zuständigen Krankenkassen <i>weiter</i> . Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“	„(2a) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 2 <b>erfolgt</b> die <b>Zahlung der</b> Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 <b>Satz 1</b> monatlich entsprechend der Anzahl <b>dieser</b> Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
	<b>(2b) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 4 erfolgt die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit.“</b>
	c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „den Zusatzbeitrag nach § 242,“ die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
23. In § 255 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Höhe der Beiträge“ die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.	23. unverändert
24. In § 256 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „nachzuweisen“ ein Semikolon und die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ eingefügt.	24. unverändert
25. § 271 wird wie folgt geändert:	25. § 271 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 3“ eingefügt.	aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz <b>2 und 4</b> “ eingefügt.
bb) In Satz 2 werden die Wörter „in vier jährlichen Schritten“ durch das Wort „schrittweise“ ersetzt.	bb) unverändert
cc) Folgender Satz wird angefügt:	cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden <i>voraussichtlichen</i> jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds <i>nach § 242a Absatz 1 Satz 1</i> sind der Liquiditätsreserve zuzuführen.“	„Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen <b>nach § 242a Absatz 1 Satz 1</b> übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds sind der Liquiditätsreserve zuzuführen.“
b) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.	b) unverändert
26. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „und Zahlung“ die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ eingefügt.	26. unverändert





























































































