

BKK Bundesverband

Büro Berlin
Albrechtstr. 10c
10117 Berlin
T:030-22312-0
F:030-22312-119
politik@bkk-bv.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(29)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Blöcke I+II
18.10.2010



Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

vom 18. Oktober 2010

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur
nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG,
Bundestagsdrucksache 17/3040)

Inhaltsverzeichnis

I Vorwort: Seite 2

II Kernaussagen: Seite 3

III Stellungnahme zu den Änderungsanträgen (17(14)0072): Seite 8

IV Detailkommentierungen: Seite 12

Anlage: Seite 40

I Vorwort

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Bundesregierung noch in diesem Jahr einen Gesetzesentwurf vorgelegt hat, der die Stabilisierung der GKV-Finzen zum Ziel hat. Die Regierung plant, die Einnahmeseite der GKV zu reformieren, indem der Zusatzbeitrag umgestaltet und begleitend ein neuer Sozialausgleich eingeführt wird. Zudem soll das im Jahr 2011 drohende GKV-Defizit durch eine einmalige Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes, einen zusätzlichen Steuerzuschuss von zwei Milliarden Euro sowie Sparmaßnahmen verhindert werden. Damit erhalten die Krankenkassen für das kommende Jahr die dringend notwendige finanzielle Planungssicherheit.

Eine umfassende Reform mit grundsätzlichen Strukturreformen ist hingegen nicht erkennbar. Damit bleibt die Regierungskoalition jedoch hinter den mit dem Koalitionsvertrag geweckten Erwartungen, ein Gesundheitswesen mit mehr Wettbewerb und dauerhafter finanzieller Stabilität zu schaffen, zurück. Sie beharrt in dem System des wettbewerbsfeindlichen Gesundheitsfonds, mit dem den Krankenkassen ihre Beitragsautonomie entzogen und der Wettbewerb erschwert wurde.

Die Betriebskrankenkassen definieren sich durch Nähe zu ihren Trägerunternehmen und ihren Versicherten. Sie stehen für exzellente Versorgungskonzepte und für individuelles, patientenorientiertes Versorgungsmanagement und für konsequente betriebliche Gesundheitsförderung. Durch ihre Betriebsnähe ist für sie ökonomisches Denken eine Selbstverständlichkeit. Nicht zuletzt deshalb sehen die Betriebskrankenkassen den Wettbewerb im Gesundheitswesen als wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten. Die Betriebskrankenkassen sind eine Kassenart, die sich vor allem durch ihre Vielfältigkeit auszeichnet. Mehr als zwei Drittel der gesetzlichen Krankenkassen sind Betriebskrankenkassen, darunter neben kleinen und mittleren Kassen mit eher regionalem Schwerpunkt auch viele große bundesweit geöffnete Kassen. Diese Pluralität gilt es als einen Garant für ein wettbewerbles und verbraucherfreundliches Gesundheitswesen zu erhalten.

II. Kernaussagen

Zu den zentralen Anliegen des Gesetzentwurfs nimmt der BKK Bundesverband folgende Grundsatzpositionen ein, die in den Detailkommentierungen ab Seite 12 vertiefend erläutert werden:

1. Einnahmeseite

1.1. Anhebung und Festschreibung des Beitragssatzes

Die Betriebskrankenkassen sehen die Anhebung des Beitragssatzes um 0,6 Prozent als Notwendigkeit zur Stabilisierung der angespannten Finanzlage an.

Künftige Kostensteigerungen sollen nach dem Konzept der Bundesregierung allein von den Mitgliedern in Form der Erhebung von Zusatzbeiträgen getragen werden. Die Betriebskrankenkassen sehen mit Sorge, wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Mittelfristig droht,

- dass politische Bemühungen zur Ausgabenstabilisierung erlahmen, da mögliche Preissteigerungen im Gesundheitswesen keinen Effekt mehr auf die Lohnnebenkosten haben werden.
- dass die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen nicht mehr gewährleistet wird.

Gerade in der Betrieblichen Krankenversicherung hat sich die lange Tradition wertvoller Erfahrung mit der aktiven Finanzverantwortung der Arbeitgeber bewährt. Insbesondere die Anreize zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen gilt es auch weiterhin zu erhalten und zu fördern.

1.2. PKV-Wechsel

In dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die im Koalitionsvertrag festgelegte Wiederherstellung der Wechselmöglichkeit GKV-Versicherter in die PKV nach einjähriger Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze umgesetzt. Damit gehen der GKV wichtige Einnahmen verloren. Die dafür im Gesetzentwurf auf 200 Millionen Euro bezifferten Mindereinnahmen für die GKV sind allerdings deutlich zu niedrig geschätzt. Diese Regelung konterkariert die Intention der Bundesregierung die Einnahmeseite der GKV zu stabilisieren und wird von den Betriebskrankenkassen abgelehnt.

1.3. Neugestaltung des Zusatzbeitrags

Der Zusatzbeitrag soll neu gestaltet werden, indem er künftig unabhängig vom Einkommen der Versicherten als fester Betrag erhoben und durch einen neuen Sozialausgleich abgedeckt werden soll. Mit dieser Neugestaltung des Zusatzbeitrages wird für die Krankenkassen eine kurzfristige Erleichterung ihrer Liquiditätssituation ermöglicht und damit

ihre Planungssicherheit ein Stückweit erhöht. Eine tatsächliche Rückkehr zur Beitragsautonomie wird mit der Neuregelung jedoch nicht erreicht!

Die Bundesregierung plant künftig, jährlich auf Berechnungen des Schätzerkreises einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das kommende Jahr festzulegen. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag soll ausschließlich als Berechnungsgröße für einen möglichen Sozialausgleich fungieren und nicht als Orientierungswert für die individuelle Erhebung eines Zusatzbeitrags durch eine Krankenkasse. Hierfür sollen weiterhin die individuellen Einnahmen und Ausgaben einer Krankenkasse ausschlaggebend sein. Da somit der individuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse völlig unabhängig vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhoben werden kann, soll über den individuellen Zusatzbeitrag ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entstehen. Insbesondere unter wettbewerblichen Aspekten wird damit allerdings ein zentrales Problem der bestehenden Regelung des Zusatzbeitrags manifestiert: So bleibt zunächst der hohe Anreiz für die einzelne Krankenkasse bestehen, aus Sorge vor Wettbewerbsnachteilen die Erhebung eines Zusatzbeitrages trotz eines erkennbaren Bedarfs zu lange hinauszögern. Für die gesamte Übergangsphase bis zu einer flächendeckenden Einführung der Zusatzbeiträge droht voraussichtlich ein ruinöser Wettbewerb um die Verhinderung von Zusatzbeiträgen, der die Gefahr von größeren finanziellen Schieflagen einzelner Kassen und letztlich des haftenden GKV-Systems birgt. Hierunter werden auch innovative Versorgungskonzepte der Krankenkassen leiden.

1.4. Erhebung des Zusatzbeitrags

Erste Erfahrungen aus diesem Jahr haben gezeigt, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Krankenkassen einen erheblichen Verwaltungsaufwand bedeutet. Dies muss bei der geplanten Nullrunde der Verwaltungskostenausgaben berücksichtigt werden. Daher sollte der gesetzliche Rahmen auch so gestaltet sein, dass der Zusatzbeitragseinzug kassenindividuell organisiert werden kann. Dies eröffnet den Krankenkassen auch wieder neue Wettbewerbsspielräume, beispielsweise in der Option eines Quellenabzugs im Einvernehmen zwischen Unternehmen und Krankenkasse.

Durch die steigende Relevanz der Zusatzbeiträge für die Gesamteinnahmen der GKV dürfen den Krankenkassen darüber hinaus keine Liquiditätsrisiken entstehen. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen die Einführung von weiteren Sanktionsregelungen. Der vorgeschlagene Weg wirft allerdings eine Reihe von verfahrenstechnischen sowie datenschutzrechtlichen Fragen auf (siehe Detailkommentierung Seite 12).

1.5. Gestaltung des Sozialausgleichs

Die Realisierung des Sozialausgleichs über die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger wird als eine Lösung begrüßt, die Chancen eines versichertenfreundlichen Verfahrens birgt. Die Betriebskrankenkassen unterstützen, dass der Sozialausgleich im GKV-System stattfindet und die anspruchsberechtigten Bürger damit nicht zu Bittstellern bei den

Finanzbehörden gemacht werden. Sie begrüßen ebenfalls, dass mit dem geplanten Modell eine möglichst staatsferne Methode gefunden wurde, durch die das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem bewahrt bleibt.

Allerdings wird die geplante Regelung nicht den Anforderungen an ein unbürokratisches Verfahren gerecht. Insbesondere für die Versichertengruppen, die nicht oder nicht einzig über einen Arbeitgeber zu erreichen sind, muss ein sehr hoher Verwaltungsaufwand nicht nur bei den Krankenkassen betrieben werden. Die Einrichtung neuer aufwändiger Informations- und Meldewege wird erforderlich (siehe hierzu auch die graphische Darstellung der Meldewege im Anhang, Seite 42). Dieser bürokratische Mehraufwand rechtfertigt zumindest eine Herausnahme dieser Ausgaben aus der vorgesehenen Budgetierung der Krankenkassenverwaltungskosten in 2011 und 2012.

1.6. Geplanter Steuerausgleich

In dem Gesetzentwurf wird die Einführung eines vollständig steuerfinanzierten Sozialausgleichs nicht sichergestellt. Bis 2014 wird der Sozialausgleich aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert, die um 2 Mrd. Euro Steuermittel im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes aufgestockt wird. Erst im Jahr 2014 wird die Höhe der für den Sozialausgleich notwendigen weiteren Bundesmittel gesetzlich festgelegt. Damit ist die in den Eckpunkten angekündigte vollständige Finanzierung des Sozialausgleichs durch Steuermittel in Frage gestellt. Einmal mehr zeigt sich, dass Steuerfinanzierung als Element der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einer gewissen Willkür unterworfen ist. Sollte der Sozialausgleich durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen finanziert werden, drohen diesen finanzielle Planungsunsicherheiten.

2. Ausgabenseite

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Ziel der Bundesregierung, durch Einsparanstrengungen im Leistungsbereich den Anstieg der GKV-Ausgaben für das kommende Jahr zu senken. Kritisiert wird jedoch, dass einzelne Leistungserbringer, wie die Apotheker, von den Sparbemühungen völlig ausgenommen werden. Auch sehen die Betriebskrankenkassen die vorgesehenen Sparmaßnahmen nicht als ausreichend an. Darüber hinausgehende Strukturreformen sind dringend notwendig, um die Belastungen für die Versicherten im Jahr 2011 – aber auch in den Jahren darauf – so gering wie möglich halten zu können. Dem Gesetzentwurf fehlt es jedoch insgesamt an einem grundlegenden Konzept, wie die Gesundheitskosten in den weiteren Versorgungsbereichen langfristig stabil und für die Versicherten bezahlbar gestaltet werden sollen. Bei den kurzfristig angelegten Sparmaßnahmen des Gesetzentwurfs ist bereits zu befürchten, dass die tatsächlichen Einsparergebnisse in einigen Bereichen hinter den formulierten Zielen zurückbleiben.

2.1. Ambulante Versorgung – Hausarztzentrierte Versorgung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich das vereinbarte Ziel der Bundesregierung, das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu begrenzen. Der vorgesehene Vertrauensschutz für bereits geschlossene oder per Schiedsamt festgelegte HzV-Verträge ist jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen inakzeptabel und wettbewerbsverzerrend. Die Rechtsgültigkeit dieser Verträge muss auf den 31. Dezember 2010 begrenzt werden.

Grundsätzlich bleiben die Betriebskrankenkassen bei ihrer Haltung, dass innovative Versorgung im Rahmen der Selektivverträge nur durch freie Vertragspartnerwahl und echte Gestaltungsspielräume möglich ist. Der Vertragszwang des § 73b muss daher gänzlich aufgehoben werden.

2.2. Ambulante Versorgung – Vergütung der niedergelassenen Ärzte

Die sogenannten Einsparungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung sind allenfalls Begrenzungen von Ausgabensteigerungen. Von Einsparungen kann nicht die Rede sein. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Honorarsteigerungen der jüngsten Vergangenheit (17 Prozent Zuwachs bzw. 4,7 Milliarden Euro mehr von 2007 auf 2010) hätte es auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung einer Nullrunde bedurft. Für das Jahr 2011 ist stattdessen mit einem Ausgabenanstieg von mindestens einer Milliarde Euro zu rechnen.

2.3. Zahnärztlicher Bereich

Die Begrenzung der Erhöhung der Gesamtvergütung im zahnärztlichen Bereich wird als Sparbeitrag der Zahnärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet. Allerdings stellt sich die Frage, warum die Hälfte der Grundlohnsummenentwicklung noch als Steigerungsfaktor zugestanden wird. Eine reine Nullrunde hätte einen noch effektiveren Sparbeitrag erzielen können. Das insgesamt moderate Einsparziel wird durch die ebenfalls vorgesehene Ost/West-Angleichung der Honorare in den Jahren 2012 und 2013 zudem völlig konterkariert. Insbesondere die Betriebskrankenkassen würden dadurch besonders belastet (siehe Seite 33f.).

2.4. Stationäre Versorgung

Die Bundesregierung plant, die Preissteigerung der Krankenhäuser im kommenden Jahr auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung zu begrenzen. Zudem soll ein Effizienzabschlag von 30 Prozent auf Mehrleistungen festgesetzt werden. Beide Ziele sind grundsätzlich begrüßenswert, gehen aber aus Sicht der Betriebskrankenkassen eindeutig nicht weit genug.

In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich gegeben. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld

in den Krankenhausbereich geflossen wie in 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch ein aktuelles Gesetzgebungsverfahren nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Koalition dafür Sorge trägt, dass die Ausgaben in 2011 nicht weiter steigen. Für eine solche echte Nullrunde ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren, sondern die Mengenentwicklung im Jahr 2010 in voller Höhe zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität in 2011 im Krankenhausbereich realistisch.

Das Einsparziel ist also mit Blick auf den vorgeschlagenen Effizienzabschlag in Höhe von 30 Prozent auf Mehrleistungen für das Jahr 2011 sowie der Begrenzung der Preissteigerung auf die Hälfte der Grundlohnsumme aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht hinreichend. Der Effizienzabschlag könnte allenfalls bei der notwendigen Betrachtung von möglichen Einsparpotentialen für die Folgejahre hilfreich sein, sollte aber auch dann eindeutig höher angesetzt werden.

2.5. Verwaltungskosten der Krankenkassen

Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend.

Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen neue Spielräume für die Senkung ihrer Verwaltungskosten zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführte zusätzliche Aufgaben der Krankenkassen. So hält der Gesetzgeber weiterhin an der Einführung von Weiterleitungsstellen zum 1.1.2012 fest, deren Streichung die Betriebskrankenkassen für dringend erforderlich halten (siehe Anhang, Seite 40). Auch geplante Reformen, wie die Einführung von Mehrkostenregelungen bei rabattierten Arzneimitteln im Rahmen des AMNOG oder die umfassende Einführung von Zusatzbeiträgen erfordern einen erhöhten Verwaltungsaufwand.

Deshalb fordern die Betriebskrankenkassen eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben in den Jahren 2011 und 2012 komplett neu oder in größerem Umfang als 2010 wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden. Diese Öffnungsklausel muss auch für alle Rationalisierungsinvestitionen der Krankenkassen und ihrer Verbände gelten, die – z.B. im Bereich der Informationstechnologie – als Sachkosten anfallen. Gerade diese Rationalisierungsinvestitionen dienen dem Ziel, die Verwaltungseffizienz zu erhöhen und die Verwaltungskosten dauerhaft zu begrenzen. Sie müssen aktuell auch dazu dienen, den Sozialausgleich IT-unterstützt und für alle Beteiligten (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und Krankenkassen) leicht handhabbar zu gestalten.

III. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum GKV-FinG (Ausschussdrucksache 17(14)0072)

1. Ausgaben für Mitgliederwerbung (Änderungsantrag Nr. 1)

Die Bundesregierung beabsichtigt, eine bestehende Ungleichbehandlung zwischen den Krankenkassen im Bereich der Mitgliederwerbung zu beheben. Bisher können die Krankenkassen, die die Möglichkeit haben, einen eigenen Vertrieb für die Mitgliederwerbung zu halten, unbudgetiert in diese Vertriebsform investieren.

Insbesondere kleine- und mittelständische Krankenkassen sind jedoch darauf angewiesen, externe Vertriebspartner zu beauftragen. Damit sind sie verpflichtet, diese Kosten in dem Konto für „allgemeine Werbeausgaben“ zu buchen. Die Mittel sind entsprechend begrenzt einsetzbar. Damit herrscht ein elementarer Wettbewerbsnachteil.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die Absicht der Bundesregierung eine Gleichbehandlung herzustellen. In letzter Konsequenz kann Wettbewerbsgleichheit aber nur hergestellt werden, wenn sichergestellt wird, dass damit auch für alle Krankenkassen die Budgetierung der Ausgaben für Mitgliederwerbung/Vertriebskosten entfällt. Das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot gilt es dabei zu beachten.

Die angestrebte gesetzliche Regelung geht in die richtige Richtung, bedarf aber noch einer ergänzenden Klarstellung. Weder aus dem Kontenrahmen noch aus dem SGB ergibt sich ein Werbebudget, wie es von den Aufsichtsbehörden zu Aufsichtszwecken angenommen wird. Durch diese Aufsichtspraxis der Aufsichtsbehörden ergeben sich jedoch gerade je nach Ausgestaltung der genutzten Vertriebswege der Krankenkassen unterschiedliche wettbewerbliche Wirkungen.

Im Gesetzestext sollte statt von „Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen“ von „Verwaltungsausgaben, die der Mitgliedergewinnung dienen“ gesprochen werden; ferner sollte die Intention dieser Gesetzesänderung im Gesetzestext selbst deutlich zum Ausdruck gebracht werden, indem in einem Satz 2 geregelt wird, dass die Verwaltungsausgaben getrennt von den Ausgaben für Werbemaßnahmen zu buchen sind.

Änderungsvorschlag

Deswegen wird folgende Fassung des § 4 Abs. 5 empfohlen:

„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 79 Abs. 2 des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Mitgliedergewinnung dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden. Diese Verwaltungsausgaben sind getrennt von den Ausgaben für Werbemaßnahmen zu buchen.“

Die Gesetzesbegründung hierzu sollte wie folgt formuliert werden:

Begründung:

„In der Vergangenheit ist das Problem aufgetreten, dass Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliedergewinnung unterschiedlich gebucht werden, je nachdem ob die Mitgliedergewinnung mit eigenen Mitarbeitern oder durch private Dienstleister erfolgt. Um die Ungleichbehandlung durch die unterschiedlichen Buchungsvorgaben zu vermeiden und um die Vergleichbarkeit bei den Ausgaben der Krankenkassen herzustellen, muss durch eine entsprechende Anpassung des für die Buchung maßgeblichen Kontenrahmens als Teil der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) sichergestellt werden, dass diese Ausgaben für private Dienstleister auf die gleiche Kontenart gebucht werden, wie die Personalkosten der eigenen Vertriebsmitarbeiter.“

**2. Kostenerstattung – Wahltarife – Zusatzversicherungen
(Änderungsanträge Nr. 2, 3 und 5)**

Die Bundesregierung beabsichtigt, den Zugang der Versicherten zur Kostenerstattung mit folgenden Schritten zu erleichtern:

- In § 13 SGB V werden die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung auf ein Kalendervierteljahr verkürzt, die Abschläge für die Verwaltungskosten auf bis zu fünf Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt und die Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfungen gestrichen. Die schriftliche Bestätigung über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten gegenüber dem Leistungserbringer soll entfallen. (Änderungsantrag Nr. 2)
- In § 53 SGB V wird die Mindestbindungsfrist für alle Wahltarife – abgesehen von den Wahltarifen für besondere Versorgungsformen – von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Die langfristige Tragbarkeit von Wahltarifen zur Kostenerstattung soll zukünftig von einem Wirtschaftsprüfer oder Aktuar geprüft werden. (Änderungsantrag Nr. 3)
- In § 194 SGB V wird für die Krankenkassen explizit die Möglichkeit benannt, private Zusatzversicherung im Bereich der Kostenerstattung zu vermitteln. (Änderungsantrag Nr. 5)

2.1. Kostenerstattung

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Kostenerstattungselement bis heute ein Fremdkörper in der GKV geblieben ist und gegenüber dem bewährten Sachleistungsprinzip keine Vorteile bietet. Durch das Sachleistungsprinzip stehen den Krankenkassen Steuerungsinstrumente zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zur Verfügung, die im Kostenerstattungssystem verloren gehen würden. Die gesetzlichen Vorhaben der Änderungsanträge können nicht dazu beitragen, die Attraktivität der Kostenerstattung zu erhöhen – weder für die Versicherten noch für die Krankenkassen.

Für die einzelne Krankenkasse bedeutet die Vorhaltung von Kostenerstattung einen erheblichen bürokratischen Aufwand. Eine Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung nach §13 SGB V von nur drei Monaten wird diesen Aufwand noch weiter erhöhen. Auch die Beschränkung der Abschläge für Verwaltungskosten sowie die Streichung der Abschläge für die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in diesem Zusammenhang kontraproduktiv. Diese Regelung steht zudem im Konflikt mit der Vorgabe einer Verwaltungskosten-Nullrunde in 2011 und 2012.

Die Versicherten gehen bei der Kostenerstattung ein hohes Maß an Unsicherheit ein, da sie nicht wissen, welche Kosten ihnen tatsächlich von der Krankenkasse erstattet werden können. Dieses Problem wird durch die geplante Neuregelung, dass künftig die schriftliche Bestätigung gegenüber dem Leistungserbringer über die im Vorfeld erfolgte Beratung über Folgekosten entfallen soll, noch weiter verschärft.

2.2. Wahltarife

Eine verkürzte Bindungsfrist der Wahltarife nach § 53 SGB V lässt das Kalkulationsrisiko für die Krankenkasse künftig größer und damit auch die Marktfähigkeit dieser Wahltarife nicht besser werden. Auch steigt die Gefahr, dass diese Tarife verstärkt über die vom Gesetzgeber nicht gewollte Quersubventionierung realisiert werden. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die künftig vorgesehene Prüfung der Wahltarife „Kostenerstattung“ durch einen Aktuar bzw. Wirtschaftsprüfer die Bürokratiekosten für die Kassen erhöhen wird. Zudem werden hierdurch unberechtigterweise Aufsichtsfunktionen auf Dritte überlagert. Dies ist originäres Geschäft der Aufsichtsbehörden und dort aus gutem Grunde angesiedelt.

2.3. Zusatzversicherungen

Dass Krankenkassen nach § 194 Abs. 1a den Versicherten auch Ergänzungstarife zur Kostenerstattung bei privaten Anbieter vermitteln, mit denen die nicht erstattungsfähigen Kosten in der GKV abgesichert werden können, ist im BKK System bereits gelebte Praxis. Dass der Gesetzgeber diese Möglichkeit noch einmal klarstellend ins Gesetz aufnimmt, ändert aus Sicht der Betriebskrankenkassen nichts an der geltenden Rechtslage.

Damit bleibt es dabei, dass im Bereich der Zusatzversicherungen eine engere Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV (Kooperation) im Sinne des Verzahnens der Produkt- und Versorgungsangebote sowie bei der Kosten- und Ressourcensteuerung weiterhin nicht bzw. nur teilweise zulässig ist. Die Policierung, der Prämieinzug und die Schadensregulierung mit Ausnahme des reinen Vermittlungsprozesses darf derzeit von der GKV nicht bearbeitet werden. Auch der Vermittlungsprozess darf aufgrund des rechtlichen Rahmens für die Versicherungsvermittler und der Unsicherheit, wo die Mitarbeiter der Krankenkassen einzuordnen sind, nur mittelbar übernommen werden.

Mehr als sinnvoll wäre im Bereich der Zusatzversicherungen eine engere Verzahnung der beiden Systeme durch eine Anpassung des rechtlichen Rahmens. Sowohl der Begriff der Versicherungsvermittlung als auch die nicht bestehende gewerberechtliche Registrierungs- und Erlaubnispflicht der Krankenkassen müsste gesetzlich klargestellt werden.

IV. Detailkommentierungen

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 1	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	
Art. 1 Nr. 1 § 4 Abs. 4	<p>Krankenkassen</p> <p>Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkassen dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 nicht gegenüber denen des Jahres 2010 erhöhen. Dies gilt gleichermaßen für die Verwaltungsausgaben der Verbände der Krankenkassen.</p>	<p>Die angestrebte Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten akzeptieren die Betriebskrankenkassen als ihren Anteil an den Einsparbemühungen grundsätzlich. Die Betriebskrankenkassen haben in der Vergangenheit immer bewiesen, dass sie mit schlanken Strukturen eine effiziente Verwaltung ermöglichen konnten. Die Größe einer Krankenkasse ist hierfür im Übrigen nicht ausschlaggebend.</p> <p>Allerdings ist der Gesetzgeber gefordert, den Krankenkassen neue Spielräume für die Senkung ihrer Verwaltungskosten zu schaffen, beruhen doch die Kostensteigerungen in diesem Bereich in den letzten Jahren vor allem auf vom Gesetzgeber eingeführte zusätzliche Aufgaben der Krankenkassen.</p> <p>So steht die Verwaltungskostendeckelung konträr zu den finanziellen Auswirkungen, die die Regelung zum Sozialausgleich (§ 242b SGB V – neu) bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen verursachen werden.</p> <p>Darüber hinaus hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Maßnahmen geplant, die mit einer Verwaltungskostendeckelung nicht in Einklang zu bringen sind. So hält der Gesetzgeber weiterhin an der Einführung von Weiterleitungsstellen fest, deren Streichung wir für dringend erforderlich halten (siehe Anhang).</p>
Art. 1 Nr. 2 § 6 a) Abs. 1	<p>Versicherungsfreiheit</p> <p>Die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern, die eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen, tritt grundsätzlich wieder mit sofortiger Wirkung ein. Außerdem</p>	<p>Mit der Änderung wird der Rechtsstand wieder hergestellt, der bis Anfang 2007 galt. (Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).</p> <p>Mit den Änderungen wird eine der Festlegungen im Koalitionsvertrag umgesetzt.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 2 § 6 a) Abs. 1</p>	<p>kommt ein Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aufgrund der Höhe des Jahresarbeitsentgelts wieder nach erstmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in Betracht</p>	<p>Die Regelung soll ab 31.12.2010 gelten, damit kommt die jetzige Regelung zum Jahreswechsel (Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erst nach dreimaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze) nicht mehr zur Wirkung.</p> <p>Ein früherer Wechsel zur PKV wird damit wieder möglich.</p> <p>Diejenigen, die gleichwohl GKV-versichert bleiben wollen, haben durch § 9 Abs. 9 (neu) aufgrund ihrer evtl. Sondersituation ein einmaliges Beitrittsrecht. Die Sondersituation könnte sich dadurch ergeben, dass sie die Voraussetzungen zum freiwilligen Beitritt zur GKV nach § 9 Abs. 1 SGB V noch nicht erfüllen, wenn sie aus der Versicherungspflicht am 31.12.2010 ausscheiden.</p> <p>Die Änderung hat negative Auswirkungen auf die GKV und damit auch auf das BKK System. Die Abwanderung in die PKV wird verstärkt eintreten, insbesondere auch wegen der Anhebung der Beitragssätze und (drohender) Erhebung von Zusatzbeiträgen. Der Sozialausgleich wird für den betroffenen Personenkreis nicht greifen. Durch die Änderung werden Mindereinnahmen bewirkt.</p>
<p>Art. 1 Nr. 2 § 6 b) Abs. 4</p>	<p>Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr zum Rechtsstand, der bis Anfang 2007 galt • Folgeänderung zu Abs. 1
<p>Art. 1 Nr. 2 § 6 c) Abs. 9</p>	<p>Der Abs. 9, der eine Besitzstandregelung für Arbeitnehmer enthält, die bereits am 02. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer Krankheitskostenvollversicherung versichert waren, wird aufgehoben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderung zu Abs. 1 • Streichung der Übergangsregelung, die für am 02.02.2007 privat Versicherte gilt

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 3 § 9 a) Abs. 1 Satz 1 Nr. 3</p>	<p>Freiwillige Versicherung</p> <p>Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und versicherungsfrei sind, weil ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet, können der Krankenversicherung freiwillig beitreten; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung gelten dabei nicht als erstmalige Beschäftigung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einmaliges Beitrittsrecht für Arbeitnehmer, die erstmals eine Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufnehmen (insbesondere Berufsanfänger) • Folgeänderung zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V • Wiederherstellung des bis Anfang 2007 geltenden Rechts • Darüber hinaus wird klargestellt, dass das Beitrittsrecht für die erste Beschäftigungsaufnahme im Inland gilt. <p>Bislang waren Arbeitnehmer, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen, zunächst an die GKV für mindestens 3 Kalenderjahre gebunden. Es handelt sich im Zusammenhang mit der Änderung des § 6 um eine erforderliche Regelung. Die Klarstellung, dass die Regelung für die erste „Beschäftigung im Inland“ gilt, ist positiv zu bewerten, da gerade auch bei Unternehmen mit BKK zunehmend internationale Mitarbeiter beschäftigt werden. Sofern diese Mitarbeiter bereits im Ausland für längere Zeit ein Entgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezogen haben, besteht für sie nach heutigem Recht keine Möglichkeit, der GKV und somit einer BKK beizutreten.</p> <p>Sollte an der geplanten Rechtsänderung des § 6 SGB V nicht festgehalten werden, sollte gleichwohl die Regelung über das Beitrittsrecht beibehalten werden. Dies würde den Arbeitnehmern aus dem Ausland, die dort bereits seit längerer Zeit ein Jahresarbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze bezogen haben, und ein solches auch bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung im Inland beziehen, ein Beitrittsrecht zur GKV einräumen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 3 § 9 b) Abs. 2 Nr. 3</p>	<p>Geregelt wird die Frist, innerhalb der Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung der Krankenkasse anzuzeigen haben. Dieser Beitritt ist innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Beschäftigung anzuzeigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frist für die wieder eingeführte Ausübung des Beitrittsrechts beträgt – wie in den anderen Beitrittssachverhalten – 3 Monate. • Folgeänderung/-einfügung zu Abs. 1 Nr. 3 dieser Vorschrift.
<p>Art. 1 Nr. 4 § 71 Abs. 3</p>	<p>Beitragssatzstabilität</p> <p>Es wird klargestellt, dass nach dem Wegfall der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung zum RSA auf Grund des GKV-WVG auch die für die Vergütungsvereinbarungen relevante Feststellung der Veränderungsrate seit dem 01.01.2008 nur noch bundeseinheitlich erfolgen kann. Aus Gründen der Rechtssicherheit tritt die Regelung rückwirkend zum 01.01.2008 in Kraft.</p>	<p>Die Gesetzesänderung stellt im Grunde eine Anpassung an schon umgesetzte andere Rechtsvorschriften dar und entspricht letztlich der laufenden Praxis.</p>
<p>Art. 1 Nr. 5 § 73b a) Abs. 5a (neu)</p>	<p>Hausarztzentrierte Versorgung</p> <p>Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung wird für neu zustande kommende Verträge begrenzt. HzV-Verträge haben zukünftig den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Dabei werden mögliche Vergütungsvarianten im Gesetz aufgeführt, bei denen die Einhaltung dieses Grundsatzes als erfüllt anzusehen ist. Hierfür gilt, dass entweder der durchschnittliche Fallwert in der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung nicht überschritten oder die Vergütung je Versicherten durch den Bereinigungsbetrag je Versicherten abgedeckt wird.</p>	<p>Die Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und somit eine Begrenzung der Vergütung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung ist zu begrüßen, da so das erhöhte Ausgabenrisiko für die Kassen bei den Vertragsverhandlungen mit dem durch eine gesetzliche verankerte Monopolstellung begünstigten Hausärzterverband begrenzt wird.</p> <p>Allerdings ist aus Kassensicht nicht verständlich und rechtlich nicht nachvollziehbar, dass der Bestandsschutz für Alt-Verträge auch für geschiedene Verträge gelten soll und für diese Fallkonstellation nicht einmal ein Sonderkündigungsrecht vorgesehen wird.</p> <p>Bei den beiden im Gesetz genannten Beispielen zur Umsetzung der Beitragssatzstabilität (durchschnittlicher Fallwert oder Bereinigungsbetrag je</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>b) Abs. 8</p> <p>c) Abs. 9 (neu)</p>	<p>Für Verträge, bei denen die HzV-Leistungen über die regulären hausärztlichen Leistungen gemäß § 73 hinausgehen und damit nicht bereinigt werden, ist sicherzustellen, dass diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden.</p> <p>HzV-Verträge sind von der Kasse der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Verträge innerhalb von 2 Monaten beanstanden und zusätzliche Informationen und Stellungnahmen anfordern. Die Vorlagepflicht gilt auch für geschiedste Verträge. Hierbei hat die unabhängige Schiedsperson den Vertrag vorzulegen.</p>	<p>Versicherten) handelt es sich um keine abschließende Aufzählung. Die Vorgabe der Beitragssatzstabilität ist "insbesondere" bei Vorliegen einer dieser beiden Fälle erfüllt. Diese Vorgabe ist somit recht offen gestaltet und lässt der Schiedsperson bzw. den Vertragsparteien noch Spiel- und Interpretationsraum. Zu beachten ist aber, dass der Bereinigungsbetrag je Versicherten weitaus niedriger sein kann als der durchschnittliche Fallwert im Kollektivvertrag, auch wenn dieser bei der Vergleichsbetrachtung um die Leistungen zu verringern ist, welche nicht Gegenstand der HzV sind.</p> <p>Diese Klausel wurde von einer "Kann-" in eine "Muss-"Bestimmung verwandelt. Dies bedeutet letztlich eine höhere Anforderung an den Nachweis dieser Vorgaben, wobei es hier auch weiterhin noch Interpretationsspielraum gibt.</p> <p>Grundsätzlich kann einer solchen Vorlagepflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden zugestimmt werden, wenn sich das Prüf- und Beanstandungsrecht insbesondere auf die Einhaltung der Vorgaben nach Abs. 8 beschränkt. Allerdings zeigen Erfahrungen aus anderen Bereichen, dass die Länderaufsichten und das BVA durchaus unterschiedlich reagieren. Von daher halten wir es für dringend erforderlich, wenn diesbezüglich klarere Vorgaben an die Aufsichtsbehörden zur gegenseitigen Abstimmung erlassen werden, um eine einheitliche Verfahrensweise zu gewährleisten.</p>
<p>Art. 1 Nr. 6 a und b</p> <p>§ 85</p> <p>Abs. 2 d <neu> und Abs. 3 f <neu></p>	<p>Gesamtvergütung/Zahnärzte</p> <p>Die Neuregelung sieht sowohl eine Begrenzung der Erhöhung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) als auch eine Begrenzung der Gesamtvergütung für zahnärztliche Leistungen, ebenfalls ohne Zahnersatz sowie Individualprophylaxe und Früherkennung in den Jahren 2011 und 2012 vor. Die Veränderung der Vergütung wird dabei auf höchstens die Hälfte der Veränderungsrate der</p>	<p>Die Begrenzung der Erhöhung der Gesamtvergütung im zahnärztlichen Bereich wird als Sparbeitrag der Zahnärzteschaft grundsätzlich positiv bewertet. Allerdings stellt sich die Frage, warum die Hälfte der Grundlohnsummenentwicklung noch als Steigerungsfaktor zugestanden wird. Eine reine Nullrunde hätte einen noch effektiveren Sparbeitrag erzielen können, zumal in anderen Bereichen ebenfalls Nullrunden vorgesehen werden.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	<p>beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt.</p>	<p>Ebenso ist die Ausklammerung des Bereiches Zahnersatz nicht nachvollziehbar. Auch hier könnte eine Begrenzung bzw. Nullrunde vorgesehen werden, und zwar sowohl für den zahnärztlichen Punktwert nach § 57 Abs. 1 SGB V als auch den Bundesmittelpreis für zahntechnische Leistungen nach § 57 Abs. 2 SGB V.</p> <p>Darüber hinaus müsste konsequenterweise auch für die Weiterentwicklung der zahntechnischen Preise bei Nicht-Zahnersatz-Leistungen, wie kieferorthopädische Leistungen nach § 88 Abs. 2 SGB V eine hälftige Weitergabe der Grundlohnsummenentwicklung bzw. Nullrunde festgeschrieben werden. Die Beschränkung der Weiterentwicklung der zahnärztlichen Vergütung sollte auch für die zahntechnischen Leistungen übernommen werden.</p>
<p>Art. 1 Nr. 7 § 87 Abs. 9 (neu)</p>	<p>Bewertungsausschuss, ärztliche Vergütung, Konvergenzregelung</p> <p>Der Bewertungsausschuss soll dem BMG bis zum 30.04.2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorlegen. Das BMG legt wiederum das Konzept umgehend dem Deutschen Bundestag vor.</p>	<p>Der Gesetzeswortlaut lässt offen, in Bezug auf welche Messgröße eine Konvergenz erzielt werden soll. Laut Begründung soll die erst 2008 auf Betreiben der KBV gesetzlich verankerte Honorarreform auf den Prüfstand gestellt werden um ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen. Dabei bleibt offen, ob eine parallele Überprüfung der Kompatibilität zu den Regelungen des Morbi-RSA vorgesehen ist.</p> <p>Es ist im Übrigen ein Novum, dass ein Konzept des Bewertungsausschusses dem Deutschen Bundestag vorgelegt werden soll.</p>
<p>Art. 1 Nr. 8 § 87d (neu)</p>	<p>Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2010</p> <p>Der Punktwert bleibt für 2011 und 2012 in Höhe von 3,5048 Cent unverändert.</p> <p>Das Gesetz gibt eine Morbi-Veränderungsrate von jeweils 0,75% (hälftige Gewichtung von Demographiefaktor und Diagnosen) für 2011 und 2012 vor.</p> <p>Alle anderen Anpassungen bzgl. Orientierungswert (OW bei Über- Unterversorgung, regionale Anpassung) und</p>	<p>Auf der einen Seite wird durch die gesetzlichen Vorgaben für die ärztliche Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 der Handlungsspielraum der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen eingeengt. Auf der anderen Seite werden einige kritische und strittige Veränderungsfaktoren (Verlagerungseffekt, nicht vorhersehbarer Anstieg des Leistungsbedarfs) zumindest für zwei Jahre ausgesetzt.</p> <p>Insgesamt führt jedoch die Gesetzesvorgabe zu weiteren Ausgabensteigerungen im ärztlichen Bereich. Die Politik hatte der Ärzteschaft</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 8 § 87d (neu)</p>	<p>Behandlungsbedarf (Verlagerungseffekt, nicht vorhersehbarer Leistungsbedarf, Wirtschaftlichkeitsreserven) werden für 2011 und 2012 ausgesetzt.</p> <p>Zusätzlich zur bundeseinheitlichen Morbi-Veränderungsrate soll zum Ausgleich unterschiedlicher Auswirkungen der bisherigen Honorarreform eine sog. asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse in den KV-en erfolgen. Dazu soll der Behandlungsbedarf je Versicherten einer Krankenkasse im KV-Bezirk zusätzlich um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor erhöht werden. Diese Regelung gilt nur für 2011. Der Bewertungsausschuss hat das zwingend zu beachtende Verfahren innerhalb von 3 Wochen nach Kabinettsbeschluss zu beschließen. Die Anpassung erfolgt soweit ein vom Bewertungsausschuss zu bestimmender Wert im Durchschnitt unterschritten wird. In der Begründung wird klargestellt, dass eine Absenkung des Behandlungsbedarfs je Versicherten im Rahmen dieser Anpassung nicht erfolgt.</p>	<p>dem Vernehmen nach bereits in der Frühphase der Gesetzgebung ein Gesamt-Zuwachsvolumen von mindestens einer Milliarde Euro in Aussicht gestellt. Eine Nullrunde oder gar Vergütungsabsenkungen will der Gesetzgeber den Vertragsärzten offensichtlich nicht zumuten, sondern belastet einseitig die Beitragszahler.</p> <p>Die über die lineare Basisanhebung von 0,75 Prozent hinausgehende sog. asymmetrische Verteilung führt zu erheblichen Mehraufwendungen. Nach dem aktuell im Bewertungsausschuss gefassten Beschluss beläuft sie sich auf 500 Millionen Euro für die GKV insgesamt. Für einzelne BKK ergeben sich – je nach Verteilung der Versicherten in den betroffenen KV-Bereichen – entsprechende Mehrausgaben. Darüber hinaus wird dies zu keiner „gerechteren“ Verteilung der Gesamtvergütung führen. Stattdessen ist zu befürchten, dass es zu weiteren finanziellen Forderungen derjenigen Ärzte kommen wird, die sich durch diese Neuregelung benachteiligt sehen. Dies darf keinesfalls den Gesetzgeber dazu veranlassen, die 0,75 Prozent zu erhöhen.</p> <p>Im Übrigen hat eine solche asymmetrische Verteilung nichts mehr mit dem tatsächlichen Behandlungsbedarf zu tun. Die Zahlungen würden - wie bei dem Kopfpauschalensystem - wieder vom Leistungsbedarf abgekoppelt und die Systematik der "morbiditätsgerechten Vergütung" komplett ad absurdum geführt. Darüber hinaus steigt das Finanzrisiko einzelner Krankenkassen, da die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht asymmetrisch angehoben werden.</p> <p>Für die KV-Bezirke, in denen eine Anhebung erfolgt, muss klargestellt werden, dass der Anpassungsfaktor für alle Krankenkassen gleichermaßen zur Anwendung kommt. Der dafür geeignetste Weg über die Anpassung der HVV-Quoten sollte im Gesetz vorgegeben werden. Erforderlich ist auch eine Begrenzung des hieraus resultierenden Honorarzuwachses je KV sowie eine Überforderungsklausel für die einzelne Krankenkasse.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 8 § 87d (neu)</p>	<p>Bei den extrabudgetären Leistungen (EGV) erfolgt für 2011 eine Begrenzung auf das um die halbe Grundlohnrate erhöhte Ausgabenvolumen des Jahres 2010; ausgenommen von dieser Begrenzungsregelung sind die gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsleistungen und die in 2009 und 2010 neu eingeführten Leistungen. Die konkreten Maßnahmen hierzu (z.B. Preisabstaffelungen oder Fallzahlbegrenzungen oder Quotierung) vereinbaren die Gesamtvertragspartner ggf. auf Basis einer Bundesempfehlung der Partner der BMV. Die Begrenzung gilt entsprechend für 2012 auf der Basis von 2011.</p> <p>Auch in 2011 und 2012 können regional besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden.</p>	<p>Die Ausgabenbegrenzung bei den EGV-Leistungen ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Grundsätzlich müsste aber genau bei diesen Leistungen, welche in den letzten Jahren überdurchschnittliche Leistungsmengenanstiege verzeichnet haben, eine Nullrunde, bzw. Volldeckung erfolgen (mit Ausnahme der Vorsorge- und Früherkennungsleistungen).</p> <p>Allerdings ist zu befürchten, dass insbesondere bei den (Dialyse-) Sachkosten und ambulanten Operationen die Ärzte bei Erschöpfung des Budgets die Leistungen den Versicherten privat in Rechnung stellen werden bzw. den Streit über die mögliche Nichtonorierung zu Lasten der Versicherten austragen werden.</p> <p>In der Begründung zu § 87 d Abs. 2 wird ausgeführt, das bei der Ausdeckung zusätzlicher EGV-Leistungen für das Jahr 2011, diese vom Behandlungsbedarf 2010 „ggf.“ abzuziehen sind. Eine solche Regelung findet sich nicht im Gesetzestext. Damit eine Bereinigung durchsetzbar ist, muss der verbindliche Abzug aus der MGV vorgegeben werden.</p>
<p>Art. 1 Nr. 10 § 105</p> <p>noch Art. 1 Nr. 10 § 105</p>	<p>Förderung der vertragsärztlichen Versorgung/ Sicherstellungszuschläge</p> <p>Die zum 31.12.2009 ausgelaufene Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte wird wieder eingeführt. Dies entspricht einer Forderung insbesondere aus den neuen Bundesländern. Dabei sollen die KVen diese Zuschläge zur Hälfte mitfinanzieren und nicht nur allein die Krankenkassen. Dies wiederum entspricht der bis zum Jahr 2006 geltenden Regelung. Die Aufhebung von Abs. 5 erfolgt rückwirkend zum 01.01.2010.</p>	<p>Im Hinblick darauf, dass die Regelung zu den Ab- und Zuschlägen zu den Orientierungswerten bei Vorliegen von Über- bzw. Unterversorgung für 2011 und 2012 ausgesetzt wird und darüber hinaus auch wieder eine finanzielle Beteiligung der KVen an den Sicherstellungszuschlägen für die Vertragsärzte vorgesehen wird, kann diese Vorschrift akzeptiert werden. Allerdings sollte sie zeitlich befristet werden bzw. im Rahmen der Überprüfungsvorgabe des neuen § 87 Abs. 9 SGB V ebenfalls überprüft werden.</p> <p>Durch den Wegfall von Abs. 5 erhalten die in den Ländern Brandenburg und Sachsen für das Jahr 2010 auf gesamtvertraglicher Basis geschlossenen Vereinbarungen zur Förderung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens eine unterstützende rechtliche Grundlage.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 12 § 190 Abs. 3</p>	<p>Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger</p> <p>Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt im Rahmen einer freiwilligen Versicherung bestehen, wenn die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung erfüllt sind und der Austritt nicht erklärt wird. Gleiches gilt für diejenigen, die aufgrund der Änderung des § 6 Abs. 1 SGB V mit Ablauf des 31. Dezembers 2010 ausscheiden, aber noch nicht die zeitlichen Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung erfüllen.</p>	<p>Folgeänderung zu § 6 Abs. 1 SGB V</p>
<p>Art. 1 Nr. 13 § 201 Abs. 4 Nr. 1a</p>	<p>Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug</p> <p>Geregelt wird, dass der Rentenversicherungsträger der Krankenkasse unverzüglich die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung mitzuteilen hat, soweit die Kenntnis dieser Höhe für die Prüfung der Anspruchsberechtigung auf einen Sozialausgleich (§ 242b SGB V – neu) erforderlich ist.</p>	<p>Zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung besteht im Zusammenhang mit der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) ein maschinelles Meldeverfahren. Die in der Begründung zu dieser Regelung geforderte Anpassung dieses Meldeverfahrens nach § 201 Abs. 6 SGB V wird relativ einfach von beiden Seiten umgesetzt werden können.</p> <p>Diese Regelung wird im Zusammenhang mit den Erfordernissen für den geplanten Sozialausgleich begrüßt.</p> <p><i>Im Übrigen halten wir eine gleichlautende Regelung für erforderlich, die unabhängig vom Sozialausgleich für folgende Sachverhalte gilt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Beitragsermittlung <ul style="list-style-type: none"> - bei Beziehern von Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen, - bei freiwilliger Krankenversicherung, - bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V • Beitragserstattungen • Anspruchsprüfungen im Rahmen der Familienversicherung

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 13 § 201 Abs. 4 Nr. 1a</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Härtefallregelung nach § 62 SGB V <p>Dies würde die Verfahrenssicherheit des KVdR-Meldeverfahrens erhöhen.</p>
<p>Art. 1 Nr. 16 § 221b</p>	<p>Finanzierung des Sozialausgleichs</p> <p>Der Sozialausgleich soll durch die Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Dazu sollen ab dem Jahr 2015 weitere jährliche Steuermittel des Bundes an den Gesundheitsfonds fließen. Die Höhe der Zahlungen des Jahres 2015 wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.</p>	<p>Mit dieser Regelung wird die Einführung eines vollständig steuerfinanzierten Sozialausgleichs nicht sichergestellt! Zwar wird die Liquiditätsreserve im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes im Jahr 2011 um 2 Mrd. Euro aufgestockt.</p> <p>Wenn allerdings erst im Jahr 2014, das heißt nach der nächsten Bundestagswahl gesetzlich festgelegt wird, wie viel Steuermittel für den Sozialausgleich an den Gesundheitsfonds fließen sollen, droht dieser Steuerzuschuss – aufgrund tagespolitischer Entscheidungen – wieder grundsätzlich in Frage gestellt zu werden. Einmal mehr zeigt sich, dass Steuerfinanzierung als Element der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einer gewissen Willkür unterworfen ist. Da der Sozialausgleich per Gesetz aus der Liquiditätsreserve finanziert werden soll, droht bei ausbleibenden Steuerzuschüssen die entsprechende Kürzung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Damit drohen finanzielle Planungsunsicherheiten für die Kassen und zusätzliche Belastungen für die Versicherten.</p>
<p>Art. 1 Nr. 17 § 241</p>	<p>Allgemeiner Beitragssatz</p> <p>Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes wird auf 15,5 v. H. festgesetzt.</p>	<p>Der allgemeine Beitragssatz wird von 14,9 auf 15,5 v.H. angehoben und gleichzeitig auf diesen Betrag festgeschrieben. Das bedeutet, dass eine Veränderung dieses Beitragssatzes aufgrund der Entwicklung der Ausgaben der GKV nicht mehr in Betracht kommt. Dafür wird die Erhebung eines nicht begrenzten Zusatzbeitrags eingeführt. Gleichwohl bleibt der Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 v. H., den ein Mitglied in der Regel als Anteil am Beitragssatz</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>über seinen paritätischen Anteil hinaus allein zu tragen hat, bestehen.</p> <p>Arbeitgeber und Rentenversicherung werden nicht mehr an den steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen beteiligt; ihr Beitragsanteil wird festgeschrieben. Steigende Kosten werden künftig ausschließlich den Versicherten aufgebürdet.</p> <p>Wenn künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einzig zu Lasten der Arbeitnehmer gehen, droht mittelfristig,</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass politische Bemühungen zur Ausgabenstabilisierung erlahmen, da mögliche Preissteigerungen im Gesundheitswesen keinen Effekt mehr auf die Lohnnebenkosten haben werden. • dass die Parität zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungsorganen nicht mehr gewährleistet wird.
<p>Art. 1 Nr. 18 § 242 a) Abs. 1</p>	<p>Kassenindividueller Zusatzbeitrag</p> <p>Die Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen wird aufgehoben, künftig sind Zusatzbeiträge in Euro-Beträgen festzusetzen und können in „unbegrenzter Höhe“ unabhängig von der Höhe des Einkommens des Mitglieds durch die Krankenkasse erhoben werden.</p>	<p>Die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung von Mitgliedern durch einen Zusatzbeitrag erfolgt nicht mehr unmittelbar bei der Bestimmung der Höhe des Zusatzbeitrags. Die Berücksichtigung findet ggf. im Rahmen des in § 242b SGB V – neu geregelten Sozialausgleichs statt. Die Höhe der Zusatzbeiträge ist nach dem Finanzbedarf für alle Mitglieder in gleicher Höhe als Euro-Betrag in der Satzung festzusetzen.</p>
<p>Art. 1 Nr. 18 § 242 b) Abs. 4</p>	<p>Für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitrags der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zu erheben, auch wenn weitere beitragspflichtige Einnahmen vorhanden sind.</p>	<p>Die Regelung sieht vor, dass für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag einer Krankenkasse zu zahlen ist, sondern generell – auch bei Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen – der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a. Dies gilt laut Begründung auch für den Fall, in denen die zuständige Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt.</p> <p>Dies hieße, dass Krankenkassen für diesen Personenkreis den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhalten würden, obwohl sie überhaupt</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 18 § 242 b) Abs. 4</p>		<p>keinen Zusatzbeitrag oder einen geringeren als den durchschnittlichen erheben.</p> <p>Hier ist aus Wirtschaftlichkeits- und Effizienzgesichtspunkten eine Klarstellung erforderlich. Für Versicherte dieses Personenkreises, deren Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag oder einen geringeren als den durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhebt, sollte auch kein bzw. ein reduzierter Zusatzbeitrag bezahlt bzw. erhoben werden müssen. Nur so entspricht der Beitrag auch dem Bedarf der Krankenkasse und kann eine ineffiziente Ressourcenallokation sowie eine unsachgerechte Umverteilung der Finanzmittel zu Krankenkassen mit niedrigem Zusatzbeitrag und verhältnismäßig hohem Anteil an Mitgliedern dieses Personenkreises verhindert werden.</p> <p>Daher sollte Abs. 4 dahingehend geändert werden, dass für alle der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird, nur für die in Abs. 4 genannten Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Deckelung auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag stattfindet. In diesem Zusammenhang müsste dann eine Meldepflicht der Kassen über die Höhe ihres Zusatzbeitrages an die jeweils abführenden Stellen vorgeschrieben werden. Hier könnte jedoch auf die „alten“ Verfahren zurückgegriffen werden, als die Kassen noch kassenindividuelle Beitragssätze verlangten, sprich, die Kassen könnten beim GKV Spitzenverband eine entsprechende Tabelle mit den jeweils aktuellen Zusatzbeiträgen hinterlegen, die an die betroffenen Leistungsträger gegeben werden.</p> <p><u>Änderungsvorschlag</u></p> <p><i>Absatz 4 wird wie folgt gefasst:</i></p> <p><i>Abweichend von Abs. 1 Satz 1 wird für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 1, maximal jedoch der Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V erhoben.</i></p> <p><i>Des weiteren wird auf die Stellungnahme zu § 252 verwiesen.</i></p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 18 § 242 b) Abs. 5</p>	<p>Von folgenden Mitgliedern ist kein Zusatzbeitrag zu erheben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) • behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) • Auszubildende in außerbetrieblichen Einrichtungen (§ 5 Abs. 4a Satz 1 SGB V) • Bezieher von Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Elterngeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation sowie bei Inanspruchnahme von Elternzeit (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V) • Schwangere im Sinne des § 192 Abs. 2 SGB V, Wehr- und Zivildienstleistende sowie diesen Personen gleichgestellte Dienstleistende (§ 193 Abs. 2 bis 5 SGB V) • Teilnehmer an Eignungsübungen (§ 8 Eignungsübungsgesetz), Bezieher von Verletztengeld nach dem SGB VII, von Versorgungskrankengeld nach dem BVG, von vergleichbaren Entgeltersatzleistungen • zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem monatlichen laufenden Arbeitsentgelt von nicht mehr als 325 Euro (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV) • Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFDG leisten (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV) 	<p>Klargestellt ist, das bei Wirkung der Regelung des § 20 Abs. 3 Satz 2 SGB IV (Überschreiten der 325 Euro-Grenze durch Einmalzahlungen) kein Zusatzbeitrag zu zahlen ist.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 18 § 242 b) Abs. 6</p>	<p>In diesem Absatz wird die Sanktion der Nichtzahlung des Zusatzbeitrags geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach mindestens sechs Monaten Säumnis ist ein einmaliger Verspätungszuschlag zu zahlen: mind. 30 Euro/ höchstens in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge. • Einzelheiten zum einmaligen Verspätungszuschlag (z. B. Höhe) sind in der Satzung zu regeln. • Bis zur Begleichung der gesamten Schuld findet kein Sozialausgleich statt, es sei denn, es wurde eine Ratenzahlung vereinbart und vertragsgemäß erfüllt. • Die Krankenkasse hat Beginn und Ende des Zeitraums für den kein Sozialausgleich durchzuführen ist ohne Angabe von Gründen an die beitragsabführenden Stellen zu melden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung einer Sanktionsregelung ist zu begrüßen. • Die Verspätungszuschläge dürfen die Krankenkassen für sich vereinnahmen. • Diese Regelung gilt für alle säumigen Mitglieder einer Krankenkasse und zwar unabhängig davon, ob eine dritte Stelle zur Beitragszahlung verpflichtet ist. • Für die Umsetzung der Regelung hinsichtlich der Aussetzung des Sozialausgleichs ist ein Informationsverfahren zwischen Krankenkasse und der beitragsabführenden Stelle erforderlich. • Fraglich ist, wie hinsichtlich der Aussetzung des Sozialausgleichs zu verfahren ist, wenn das säumige Mitglied zu einer anderen Krankenkasse wechselt. • Zu dieser Vorschrift haben wir nach wie vor datenschutzrechtliche Bedenken! Da eine Information der Krankenkasse an die beitragsabführende Stelle – wenn auch ohne Angabe von Gründen bzgl. des Sozialausgleichs – erforderlich ist, wird diese Stelle (z.B. ein Arbeitgeber) zumindest indirekt darüber informiert, dass das Mitglied gegen gesetzliche Regelungen verstößt. • Die Regelung bewirkt eine verwaltungsaufwendige Berücksichtigung bei den betroffenen Stellen und bei der Krankenkasse; Software-Anpassungen und weitere maschinelle Meldungen werden erforderlich. • Zu bezweifeln ist, dass die geplanten Sanktionsmöglichkeiten wirksam sind. Mitglieder mit einer bestimmten Höhe beitragspflichtiger Einnahmen werden vom Sozialausgleich nicht erfasst. Der Krankenkasse bleiben letztlich nur die Vollstreckungsmaßnahmen. <p><u>Verbesserungsvorschlag:</u></p> <p>Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge werden, wie die Steuern, bei Einkünften aus nicht selbständiger Arbeit im Wege des Quellenabzugsverfahrens (§§ 38ff EStG und § 28e SGB IV) durch den Abzug</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 18 § 242 b) Abs. 6</p>		<p>bei der monatlichen Entgeltzahlung einbehalten. Dieses Verfahren hat drei Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Sicherung des Beitragsaufkommens</u> – <u>Rechtzeitige Erhebung der Beiträge</u> – <u>Geringer Verwaltungsaufwand.</u> <p>Angesichts der Tatsache, dass sich das Quellenabzugsverfahren in den vergangenen Jahrzehnten im Interesse aller Beitragszahler bewährt hat und sich die Verwaltungskosten der Krankenkassen nicht weiter erhöhen dürfen, sollte das Quellenabzugsverfahren auch für die Zusatzbeiträge allen Beteiligten zumindest optional ermöglicht werden.</p> <p>Damit könnte die Zahl säumiger Beitragszahler begrenzt werden.</p> <p>Gerade bei den Selbstzahlern haben sich die Beitragsrückstände seit dem 01.04.2007 bekanntlich enorm erhöht. Die negative Zahlungsbereitschaft in Bezug auf die seit einigen Monaten fälligen Zusatzbeiträge ist ebenfalls bekannt und dokumentiert den enormen Verwaltungsaufwand.</p>
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242a Abs. 1</p>	<p>Durchschnittlicher Zusatzbeitrag</p> <p>Die Regelung, die neu eingefügt wird, betrifft die Maßgaben für die Ermittlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV.</p>	<p>Die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der GKV soll Maßstab dafür sein, ob ein Mitglied Anspruch auf den Sozialausgleich (s. § 242b SGB V – neu) hat. Ob die Krankenkasse, bei der die Versicherung besteht, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erhebt, ist dabei ohne Bedeutung.</p>
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242a Abs. 2</p>	<p>Das BMG legt die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr fest. Der Wert wird bis zum 1. November des Jahres bekannt gegeben, das dem Geltungsjahr vorangeht. Eine Ausnahme gilt für den durchschnittlichen</p>	<p>Der maßgebende durchschnittliche Zusatzbeitrag wird für ein Kalenderjahr festgelegt. Unterjährige Anpassungen, auch an die evtl. abweichenden tatsächlichen Gegebenheiten, sollen nicht stattfinden. Dies ist für das Verwaltungsverfahren als positiv zu sehen. Dadurch, dass die Bekanntgabe</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
	Zusatzbeitrag für das Jahr 2011, dieser wird durch das BMG am 3. Januar 2011 bekannt gegeben.	des Wertes im Vorjahr erfolgt, können die erforderlichen Informationen und Anpassungen der Berechnungen für den Sozialausgleich (Software) rechtzeitig vorgenommen werden.
Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 1	Sozialausgleich Nach dieser Regelung, die neu eingeführt wird, besteht ein Anspruch auf den Sozialausgleich, wenn der für die GKV festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag (s. § 242a SGB IV – neu) 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Der Sozialausgleich wird durch Verringerung des Beitragsanteils des Mitglieds bei seinem monatlichen einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag vorgenommen.	Der Sozialausgleich ist unabhängig davon durchzuführen, ob die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder nicht. Dies führt dazu, dass Mitglieder von Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag finanziell bevorteilt werden. Zu begrüßen ist, dass der Sozialausgleich im GKV-System stattfindet und die anspruchsberechtigten Bürger damit nicht zu Bittstellern bei den Finanzbehörden gemacht werden. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass mit dem geplanten Modell eine möglichst staatsferne Methode gefunden wurde, durch die das selbstverwaltete Krankenversicherungssystem bewahrt bleibt.
Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 2	Geregelt wird <ul style="list-style-type: none"> • der Rechenweg für die Ermittlung des verringerten einkommensabhängigen Mitgliedsanteils am KV-Beitrag. • dass der Sozialausgleich von der den KV-Beitrag abführenden Stelle vorzunehmen ist, dieser Sozialausgleich durch die beitragsabführende Stelle jedoch nur insoweit stattfindet, wie der Anteil des Mitglieds am Beitrag (z.B. Arbeitnehmeranteil) positiv ist; den Restbetrag hat die Krankenkasse auf Antrag (nach einmaligem 	Der Rechenweg sieht die Multiplikation der Belastungsgrenze (2 %) mit den Einnahmen des Mitglieds vor, anschließend ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag abzuziehen. Danach wird der errechnete Betrag von dem KV-Beitragsanteil des Mitglieds abgezogen. <i>In der Regelung sollte zum Rechenweg klargestellt werden, nach welchen Rechenschritten zu runden ist.</i> Zu den beitragsabführenden Stellen, die den Sozialausgleich durchzuführen haben, gehören z.B. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger. Reicht der Anteil des Mitglieds an den KV-Beiträgen aus den beitragspflichtigen Einnahmen nicht aus, um den Sozialausgleich durchführen zu können, wird die Krankenkasse in die Durchführung des Sozialausgleichs mit einbezogen. Dafür ist neben der Verpflichtung der einmaligen schriftlichen Information des

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 2</p>	<p>schriftlichem Hinweis der beitragsabführenden Stelle an das Mitglied und Information der Krankenkasse) zu erstatten,</p> <ul style="list-style-type: none"> • dass in dem Fall, in dem Einmalzahlungen von einem Arbeitgeber geleistet werden, diese Zahlungen, wie bei der Berechnung der KV-Beiträge selbst, als beitragspflichtige Einnahmen für die Durchführung des Sozialausgleichs zu berücksichtigen sind. 	<p>Mitglieds über sein Antragsrecht eine Mitteilung der beitragsabführenden Stelle an die Krankenkasse notwendig.</p> <p><i>Fraglich ist, ob die Krankenkasse lediglich eine „Durchschrift“ von der einmaligen Information an das Mitglied erhalten soll, oder ob eine monatliche bzw. periodische Mitteilung mit der Höhe des nicht ausgeglichenen „Restbetrages“ zu erfolgen hat, denn z.B. durch Einmalzahlungen könnte die Höhe des zur Verfügung stehenden Mitgliedsanteils an den KV-Beiträgen variieren. Nach der erstmaligen Information durch die beitragsabführende Stelle sind weitere Informationen an das Mitglied über sein Antragsrecht im Rahmen des Sozialausgleichs – in dem gleichen Rhythmus wie bei den unständig Beschäftigten, also spätestens alle 10 Monate – durch die Krankenkasse zu geben. Hierzu ist fraglich, ob dies auch bei Sachverhalten gelten soll, in denen z.B. durch Einmalzahlungen die Höhe des zur Verfügung stehenden Mitgliedsanteils an den KV-Beiträgen bei der beitragsabführenden Stellen variiert. Außerdem ist fraglich, ob die ständige Information spätestens alle 10 Monate durch die Krankenkasse sinnvoll ist.</i></p> <p><i>Zu regeln ist zudem, dass die Krankenkassen in diesen Fällen über die zu erstattenden Restbeträge eine Meldung bzw. Information an den Gesundheitsfonds zu geben haben – einerseits, um von dort die von ihr vorfinanzierten Sozialausgleichsbeträge zurückzuerhalten, und andererseits für die Feststellung der Höhe der Fehlbeträge, die beim Gesundheitsfonds durch den Sozialausgleich entstehen, und die durch Steuermittel ausgeglichen werden sollen.</i></p> <p>Die Regelung zu den Einmalzahlungen betrifft nur Arbeitnehmer, deshalb sollte sie in den Abs. 1 genommen werden, da dort geregelt wird, welche Einnahmen zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 3</p> <p>noch Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 3</p>	<p>Geregelt wird, wie das Sozialausgleichsverfahren durchzuführen ist, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen bezieht. Für die Prüfung, ob ein Anspruch auf den Sozialausgleich besteht, ist die Krankenkasse zuständig, bei der das Mitglied versichert ist. Die Krankenkasse hat die beitragspflichtigen Stellen zu informieren.</p> <p>Die Krankenkasse wird verpflichtet für alle Mitglieder mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen eine automatische Jahresabschlussprüfung hinsichtlich des Sozialausgleichs durchzuführen und ggf. zu viel gezahlte Beiträge zu erstatten.</p> <p>Die beitragspflichtigen Stellen haben für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im laufenden Kalenderjahr „im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze“ ergibt.</p>	<p>Bei mehr als einer beitragspflichtigen Einnahme hat die Krankenkasse die Feststellung zu treffen, ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist und dies den beitragspflichtigen Stellen mitzuteilen. Die Stelle, die die höchsten beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen hat, führt den Sozialausgleich unter Berücksichtigung der dortigen beitragspflichtigen Einnahmen durch. Die anderen beitragspflichtigen Stellen sollen nach dem Gesetzestext im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abführen, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze ergibt.</p> <p>Zusätzlich zu den Feststellungen der Krankenkasse bzgl. des Sozialausgleichs und den Mitteilungen an die beitragspflichtigen Stellen für Mitglieder mit mehr als einer beitragspflichtigen Einnahme hat die Krankenkasse den Sozialausgleich jährlich automatisch zu überprüfen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fraglich ist, wie diese Regelung zu dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt umzusetzen ist.</i> • <i>U.E. sollte einmalig gezahltes Arbeitsentgelt im Rahmen des durch die Krankenkasse durchzuführenden automatischen Jahresausgleichs berücksichtigt werden.</i> • Sollte die Regelung zu dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt nicht verändert werden, ist davon auszugehen - weil sie nur die Arbeitgeber betrifft -, dass diese besonderen Beiträge an die Krankenkasse zu zahlen sind. <p>Weitere Anmerkungen:</p> <p><i>Die Neuregelung bedeutet einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und wird auch bei den beitragspflichtigen Stellen anfallen. Dieser Aufwand fällt auch dann an, wenn eine Krankenkasse keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die Schaffung neuer zahlreicher Informations-/Meldewege – Krankenkasse an beitragspflichtige Stelle und umgekehrt – werden erforderlich.</i></p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 4</p>	<p>Bei Mitgliedern, die ihren KV-Beitrag selbst zahlen, dies sind freiwillig Versicherte oder Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V („Nichtversicherte“), hat die Krankenkasse den Sozialausgleich selbst durchzuführen. Dies gilt auch bei Arbeitnehmern mit mehreren Beschäftigungen, wenn die damit erzielten Arbeitsentgelte zusammen einen Betrag ausmachen, der in der sog. Gleitzone liegt.</p>	<p>Die Krankenkasse hat bei den Selbstzahlern den Sozialausgleich zu ermitteln und – soweit dieser in Betracht kommt – bei der Festsetzung des monatlichen KV-Beitrags durch entsprechende Verringerung zu berücksichtigen. Für die Selbstzahler hat die Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen schon für die Berechnung der zu zahlenden KV-Beiträge bei diesen zu erfragen, ein zusätzlicher Aufwand entsteht für diesen Personenkreis insoweit nicht. Anders ist es bei den Arbeitnehmern, die mehrere Arbeitsentgelte beziehen, deren Summe sich jedoch in den Grenzen der sog. Gleitzone (mehr als 400 EUR bis 800 EUR) befindet. Für die Durchführung des Sozialausgleichs benötigt die Krankenkasse Informationen darüber, welche ihrer Mitglieder davon betroffen sind, sowie über die Höhe der Arbeitsentgelte. Über diese Angaben verfügen die Arbeitgeber, die dieses mitteilen müssten.</p>
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 5</p>	<p>Bei unständig Beschäftigte ist (auch) die Krankenkasse für den Sozialausgleich zuständig. Dafür hat das betroffene Mitglied jedoch einen Antrag zu stellen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, schriftlich auf dieses Antragsrecht hinzuweisen.</p>	<p>Anders als andere Personenkreise sollen die unständig Beschäftigten bei der Krankenkasse einen Antrag stellen, damit der Anspruch auf den Sozialausgleich festgestellt wird. Die Prüfung soll jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten und längstens für die Dauer von 12 abgerechneten Kalendermonaten durchgeführt werden. Dem Mitglied sind ggf. zuviel gezahlte Beiträge zu erstatten.</p> <p><i>Bei dieser Regelung ist fraglich, warum die Prüfung alle drei Kalendermonate stattfinden soll und gleichzeitig eine Zeitraumbegrenzung von längstens 12 Kalendermonaten benannt wird.</i></p> <p>Außerdem ist fraglich, ob die ständige Information durch die Krankenkasse (alle 10 Monate) über die Möglichkeit, einen Antrag auf Sozialausgleich stellen zu können, sinnvoll ist.</p>
<p>Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 6</p>	<p>Mitglieder, deren Beitrag von Dritten getragen oder gezahlt werden oder nach Kapitel 3 des SGB XII übernommen werden, haben keinen Anspruch auf Sozialausgleich.</p>	<p>Die Regelung sachgerecht, denn sie betrifft die Personenkreise, die selbst weder ihren KV-Beitrag noch einen Zusatzbeitrag tragen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 19 § 242b Abs. 7	<p>Geregelt wird der Sozialausgleich für das Jahr 2011. Dieser ist von der zuständigen Krankenkasse zum 30. Juni 2011 durchzuführen.</p>	<p>Vorsorglich wird der Sozialausgleich für das Jahr 2011 geregelt, für den Fall, dass wider Erwarten bereits für dieses Jahr ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag festzulegen ist.</p>
Art. 1 Nr. 20 § 243	<p>Ermäßigter Beitragssatz</p> <p>Der ermäßigte Beitragssatz wird auf 14,9 v. H. festgesetzt. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Ausgenommen von diesem günstigeren Beitragssatz sind weiterhin die Mitglieder, für die der Anspruch auf alle Leistungen ruht (Anwartschaftsversicherung).</p>	<p>Wie der allgemeine Beitragssatz wird auch der ermäßigte Beitragssatz festgeschrieben.</p> <p>Der Personenkreis, für den der ermäßigte Beitragssatz gilt bzw. nicht gilt, wird nicht verändert.</p>
Art. 1 Nr. 21 § 251 Abs. 6	<p>Tragung der Beiträge durch Dritte</p> <p>In diesem Absatz wird geregelt, welche Mitglieder ihren Zusatzbeitrag nicht selbst zu tragen haben, sondern von einer dritten Stelle übernommen wird. Dies sind wie bisher behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V).</p> <p>Für Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) wird geregelt, dass nicht aus den Mitteln des Bundes, sondern aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der durchschnittliche Zusatzbeitrag als Zusatzbeitrag aufgebracht wird.</p>	<p>Diese Regelung ist konsequent.</p>
Art. 1 Nr. 22 § 252 a) Abs. 1	<p>Beitragszahlung</p> <p>Die Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nicht von der Bundesagentur für Arbeit oder den sog. Optionskommunen als Träger der Grundsicherung gezahlt.</p>	<p>Folgeänderung zu den Regelungen über die Erhebung und Zahlung von Zusatzbeiträgen / durchschnittlichen Zusatzbeiträgen für Bezieher von Arbeitslosengeld II.</p> <p>Eine Zahlung der Zusatzbeiträge durch die Träger der Grundsicherung ist nicht erforderlich, da diese aus den Mitteln der der Liquiditätsreserve des</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		Gesundheitsfonds erbracht werden (siehe § 251 Abs. 6 SGB V – neu).
<p>Art. 1 Nr. 22 § 252 b) Abs. 2a</p>	<p>Der Gesundheitsfonds leitet die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II vorgesehenen Zusatzbeiträge monatlich an die Krankenkassen weiter, bei denen die Mitgliedschaft besteht. Näheres bestimmt das BVA im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband.</p>	<p><i>Das Verfahren der Verteilung der aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erbrachten Zusatzbeiträge muss anders als vorgesehen geregelt werden. Nur die Krankenkassen sind in die Verteilung der Zusatzbeiträge einzubeziehen, die tatsächlich einen Zusatzbeitrag erheben. Die Höhe der Zuweisungen hat sich sowohl an der Anzahl der jeweils betroffenen Mitglieder als auch an der Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags zu orientieren. Dabei stellt der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Obergrenze für die Höhe der Zuweisungen dar.</i></p> <p><i>Erforderliche Änderungen:</i></p> <p><i>Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:</i></p> <p><i>„(2a) Die Zahlung des Zusatzbeitrages nach § 242 bis maximal zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V erfolgt in den in § 251 Absatz 6 SGB V genannten Fällen monatlich. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“</i></p>
<p>Art. 1 Nr. 23 § 255 Abs. 1</p>	<p>Beiträge aus gesetzlichen Renten sind mit Ausnahme eines Zusatzbeitrags bei der Rentenzahlung einzubehalten. Bei Änderung der Beitragshöhe ist kein besonderer Bescheid der Rentenversicherung erforderlich. Dies soll künftig auch gelten, wenn sich durch Änderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Sozialausgleichsbetrag des Rentenbeziehers ändert.</p>	<p>Das Verfahren, das bei Änderungen der Beitragshöhe gilt, soll auch gelten, wenn sich durch Erhöhung oder Verminderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags der Sozialausgleichsbetrag für den Rentenbezieher ändert. Dies ist sachgerecht.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Art. 1 Nr. 24 § 256 Abs. 1	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen Die Zahlstellen von Versorgungsbezügen haben die Beiträge zur Krankenversicherung sowohl mit als auch ohne Minderung aufgrund des Sozialausgleichs in ihren Beitragsnachweisen auszuweisen.	Die Regelung ist sachgerecht.
Artikel 2	Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
Art. 2 § 85 Abs. 3 g SGB V noch Art. 2 § 85 Abs. 3 g SGB V	Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütung Nach wie vor ist eine Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) zwischen Ost und West in zwei Stufen beabsichtigt. 2012 soll die Vergütung in den neuen Bundesländern um 2,5 % und in Berlin um 2,0 % zusätzlich zur ebenfalls geplanten Erhöhung von der hälftigen Grundlohnsummenentwicklung angehoben werden; 2013 soll in einer zweiten Stufe in den neuen Bundesländern nochmals eine zusätzliche Anpassung von +2,5 % und in Berlin um + 2,0 % erfolgen.	Der BKK Bundesverband spricht sich gegen eine Ost-West-Angleichung aus. Die Mehrausgaben aller Krankenkassen werden von Kassenseite auf ca. 165 Mio. EUR beziffert (lt. Gesetzentwurf nur 85 Mio EUR) und liegen damit weit über den geplanten Einsparungen bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung in Höhe von ca. 50 Mio. EUR (lt. Gesetzentwurf 60 Mio EUR). Für die Betriebskrankenkassen gilt ferner die Besonderheit, dass mit der Einführung des Wohnortprinzips eine quasi Ost-West-Angleichung eingeleitet wurde. Die Einführung des Wohnortprinzipgesetzes (WOrtPrG) im Jahr 2003 hatte seinerzeit eine Angleichung der Gesundheitsversorgung und des Vergütungsniveaus in Ost und West zum Ziel. Es sollten jene Nachteile für Zahnärzte und Ärzte in den neuen Ländern abgebaut werden, die mit dem Verfahren der Honorarvereinbarungen bei den bundesweiten Krankenkassen verbunden waren. Seit Einführung des WOrtPrG hat nun jede (Wohnort-)Krankenkasse eine Gesamtvergütung an die jeweilige KZV zu entrichten, in deren Bezirk Mitglieder der jeweiligen Kasse wohnen (vgl. § 85 Abs. 1 SGB V). Als Ausgangsbeträge zur Umsetzung des WOrtPrG wurden von den Betriebskrankenkassen in den alten Bundesländern die bislang gezahlten (hohen) Gesamtvergütungen auch an die KZVen in den neuen Bundesländern gezahlt. In den vergangenen Jahren wurden auf Basis der für die neuen Bundesländer gültigen (in der Regel höheren) Grundlohnsummensteigerungen stärker angehoben und sind im Ergebnis

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
		<p>heute vielfach höher als in den alten Bundesländern. Insofern würden die Betriebskrankenkassen durch eine Ost-West-Angleichung besonders belastet.</p> <p>In den neuen Bundesländern liegen die Fallwerte vielfach über denen der alten Bundesländer, so dass die Notwendigkeit eines Ausgleiches auch im Hinblick auf § 71 SGB V nicht ersichtlich ist. Ursachen für das geringere Einkommen der Zahnärzte dürfte in der höheren Zahnärztdichte (mehr Zahnärzte je Tsd. Einwohner) und der im Vergleich zu den alten Bundesländern eingeschränkteren Realisierung von Privateinnahmen durch Zusatzvereinbarungen mit den Patienten zu finden sein.</p> <p>Der BKK Bundesverband sieht als einen möglichen Interessensausgleich die gesetzliche Vorgabe einer Konvergenzklausel, also ein Ausgleich der Vergütungshöhe zwischen Ost und West, wie bei der seinerzeitigen Anpassung im ärztlichen Bereich.</p>
Artikel 4	Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV)	
Art 4. Nr. 1 § 23 SGB IV	<p>Fälligkeit</p> <p>Prüft die Krankenkasse wegen mehrerer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen den Anspruch auf den Sozialausgleich, kann der Arbeitgeber die Beiträge zunächst in Höhe der Beiträge für den Vormonat zahlen und die korrekte Beitragsberechnung und Abführung auf den Folgemonat verschieben.</p>	<p>In Fällen des Sozialausgleichs, in denen der Arbeitgeber auf Angaben der Krankenkasse angewiesen ist, kann die Beitragsabrechnung und -zahlung in endgültiger Höhe auf den nächsten Abrechnungsmonat verschoben werden. Zum üblichen Abrechnungs-/Zahlungstermin (drittletzter Bankarbeitstag des Monats) ist ein Abschlag in voraussichtlicher Höhe zu zahlen.</p> <p><i>Fraglich ist, ob dies für die gesamte Abrechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge gilt oder nur bezüglich der KV-Beiträge. Fraglich ist auch, ob der einmonatige Versatz, den die Fälligkeitsregelung vorsehen soll, ausreichend ist.</i></p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 4 Nr. 2 § 28a SGB IV a) Abs. 1 Satz 1 Nr. 10</p> <p>b) Abs. 4a</p>	<p>Meldepflicht Für Arbeitnehmer, die mehrfach beschäftigt sind oder mehrere beitragspflichtige Einnahmen beziehen, wird eine weitere Meldungspflichtung des Arbeitgebers eingeführt.</p> <p>Die neue Meldung soll neben Identifikationsmerkmalen das in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt enthalten. Die Meldung soll monatlich abgegeben werden.</p>	<p>Analog zur Erweiterung der Meldepflichten der Arbeitgeber in § 28a SGB IV wird mit Artikel 8 die DEÜV geändert.</p>
<p>Art. 4 Nr. 3 § 28f SGB IV</p> <p>Abs. 3</p>	<p>Aufzeichnungspflichten, Nachweis der Beitragsabrechnung und der Beitragszahlung</p> <p>Arbeitgeber haben sowohl die Beiträge zur Krankenversicherung mit als auch ohne Minderung aufgrund des Sozialausgleichs nachzuweisen.</p>	<p>Wurde ein Sozialausgleich durchgeführt, sind sowohl die KV-Beiträge mit und ohne Minderung nachzuweisen. Dies ist sachgerecht, da für die Feststellung der Höhe der auszugleichenden Fehlbeträge, die durch den Sozialausgleich entstehen, diese Angaben erforderlich sind.</p>
<p>Art. 4 Nr. 4 § 28h SGB IV Abs. 2a</p>	<p>Einzugsstellen</p> <p>Die Krankenkassen haben den Arbeitgebern sowie den anderen beitragsabführenden Stellen bei Mehrfachbeschäftigung bzw. bei mehreren sozialversicherungspflichtigen Einnahmen anzugeben, wie die KV-Beiträge zu bemessen sind.</p>	<p>Für die Krankenkassen werden neue Mitteilungs-/Meldeverpflichtungen eingeführt. Analog zu diesen Mitteilungsverpflichtungen für die Krankenkassen wird mit Artikel 9 eine Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung vorgenommen.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>Art. 4 Nr. 5 §28o SGB IV Abs. 1</p>	<p>Auskunfts- und Vorlagepflicht des Beschäftigten</p> <p>Der Beschäftigte hat nicht nur bei Mehrfachbeschäftigung allen Arbeitgebern die erforderlichen Angaben zu machen und zu belegen, die zur Durchführung des Melde- und Beitragsverfahrens erforderlich sind, sondern die Auskunfts- und Vorlagepflicht des Beschäftigten gegenüber allen Arbeitgebern gilt künftig auch bei Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen, die nicht durch Beschäftigung erzielt werden.</p>	<p>(Mehrfach-)Beschäftigte haben künftig auch gegenüber ihren Arbeitgebern Auskunft über den Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen (Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen) zu geben und falls erforderlich, diese zu belegen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist dies eher kritisch zu betrachten. Begründet wird diese Neuregelung damit, dass dadurch sichergestellt wird, dass eine mögliche Verrechnung von Beitragsansprüchen des Arbeitgebers gegenüber seinen Beschäftigten auch in den Fällen nicht mitgeteilter weiterer sozialversicherungspflichtiger Einnahmen über die Drei-Monats-Frist des § 28g Satz 3 SGB IV hinaus besteht.</p>
<p>Artikvl 5 i.V.m. Artikel 7</p>	<p>Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes i.V.m. Änderung der Bundespflegesatzverordnung</p>	
<p>Art. 5 i.V.m. Artikel 7 §§ 4, 7 und 10 KH-EntgG sowie § 6 BPfIV</p>	<p>Mehrleistungsabschlag und Halbierung der Grundlohnsummensteigerung</p> <p>Für das Jahr 2011 sollen für zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Mehrleistungen (für den Bereich des KHEntgG nicht der BPfIV) ein Vergütungsabschlag i. H. v. 30 % festgelegt werden (Mehrleistungsabschlag). Ab 2012 soll dieser zwischen den Vertragsparteien verhandelt werden.</p> <p>Die Preissteigerung der Krankenhäuser soll in den Jahren 2011 und 2012 auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung (Veränderungsrate nach § 71 SGB V) begrenzt werden.</p>	<p>Beide Ziele (Mehrleistungsabschlag und Halbierung der Veränderungsrate) sind grundsätzlich begrüßenswert, gehen aber aus Sicht der Betriebskrankenkassen eindeutig nicht weit genug. In den letzten Jahren hat es bei den Krankenkassen exorbitante Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich gegeben. Von den gesetzlichen Krankenkassen ist noch nie soviel Geld in den Krankenhausbereich geflossen wie in 2009. Und auch 2010 wird es wieder eine erhebliche Steigerung geben, die durch das GKV-FG nicht mehr eingefangen werden kann. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, dass die Koalition dafür Sorge trägt, dass die Ausgaben in 2011 und 2012 nicht weiter steigen und auch im jeweiligen Folgejahr keine Basiseffekte entstehen, die den jeweiligen Einsparungen durch Ausgabensteigerungen im Folgejahr gegenüberstünden ("echte Nullrunde").</p> <p>Für eine solche echte Nullrunde ist es zwingend erforderlich, auf der Ebene der Landesbasisfallwerte für 2011 und 2012 nicht nur die Preisentwicklung zu stabilisieren (Aussetzung der Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V statt Halbierung), sondern auch die Mengenentwicklung in voller Höhe</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
<p>noch</p> <p>Art. 5 i.V.m. Artikel 7</p> <p>§§ 4, 7 und 10 KH-EntgG sowie § 6 BPfIV</p>		<p>zu berücksichtigen (100%-Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen und 100%-Abschlag für Mehrerlöse nicht vereinbarter Mengensteigerungen). Diese Abschläge sind dann bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für 2012 und 2013 ebenfalls vollständig zu berücksichtigen. Nur dann ist die dringend erforderliche echte Ausgabenstabilität in 2011 und 2012 sowie eine basiseffektfreie Ausgabenentwicklung in den Folgejahren realistisch.</p> <p>Der Effizienzabschlag könnte allenfalls bei der notwendigen Betrachtung von möglichen Einsparpotentialen für die Folgejahre (also ab dem Jahr 2013) hilfreich sein, sollte aber dann eindeutig ohne Verhandlungsspielraum gesetzlich vorgegeben werden. Da sich die Kosten der Krankenhäuser regelhaft zu ca. 70 % aus fixen Kosten und zu ca. 30 % aus variablen Kosten zusammensetzen, ist ein Effizienzabschlag i. H. v. 70 % für vereinbarte und nicht vereinbarte Mehrleistungen angemessen, da durch diese Mehrleistungen regelmäßig nur die zusätzlichen variablen Kosten anfallen. Diese Abschläge sind dann ebenfalls bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte der Folgejahre vollständig zu berücksichtigen, um ausgabensteigernde Basiseffekte zu vermeiden.</p>
<p>Artikel 7</p>	<p>Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetz</p>	
<p>Art. 7 Nr. 1 und 2</p>	<p>Der Sozialausgleich ist auch bei den nach dem KSVG Versicherten durchzuführen.</p>	<p>Die Durchführung des Sozialausgleichs bei Künstlern und Publizisten, die nach dem KSVG versichert sind, ist sachgerecht.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 11	Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)	
Art. 11 § 11b DEÜV	Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen durch die Arbeitgeber.	<p>Die Änderung der DEÜV wird durch den neu eingefügten § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 SGB IV notwendig.</p> <p>Die Vorschrift regelt die Frist der erstmaligen und weiteren Übermittlung der Entgeltmeldungen für Mehrfachbeschäftigte oder für Beschäftigte, die weitere sozialversicherungspflichtige Einnahmen erzielen.</p> <p>Mit dieser Vorschrift kommen neue bürokratische Meldepflichten sowohl auf den Arbeitgeber als auch auf die Krankenkassen zu, um den Sozialausgleich für den Zusatzbeitrag zu bewerkstelligen.</p> <p>Die Krankenkasse muss dem Arbeitgeber mitteilen, dass der Beschäftigte eine weitere Beschäftigung aufgenommen hat oder eine andere sozialversicherungspflichtige Einnahme erzielt. Hierfür ist ein komplett neues Verfahren bei den Krankenkassen zu installieren, das nur auf maschinellem Weg erfolgen kann.</p> <p>Außerdem wird eine neue Meldung eingeführt, die monatlich vom Arbeitgeber zu erstellen und von der Krankenkasse monatlich auszuwerten ist.</p> <p>Die Vorschrift soll zum 01.01.2012 in Kraft treten, da die Einführung des neuen Meldeverfahrens bei den Arbeitgebern und den Krankenkassen eine Vorlaufzeit für die Anpassung der Soft- und Hardware erforderlich macht.</p> <p>Die Investitionskosten für neue Hard- und Software stehen konträr zur Verwaltungskostendeckelung.</p>

§§	Kurzerläuterung der Neuregelung	Bewertung/Änderungs- und Klarstellungsnotwendigkeiten
Artikel 12	Änderung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV)	
Art. 12 § 8	Entgeltunterlagen Der Arbeitgeber hat künftig auch die Daten zu den Entgeltunterlagen zu nehmen, die ihm die Krankenkasse zu der Beitragsberechnung für seine Arbeitnehmer gemeldet hat.	Die Daten, die die Krankenkasse zur Beitragsberechnung für einzelne Beschäftigte an den Arbeitgeber übermittelt hat, sind in den Entgeltunterlagen zu speichern, damit sie für die Betriebsprüfung der Rentenversicherung zur Verfügung stehen. Diese Regelung ist sachgerecht.
Artikel 13	Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung	
Art. 13	Die GKV-Beitragssatzverordnung wird aufgehoben.	Infolge der Festschreibung des allgemeinen und des ermäßigten Beitragssatzes im SGB V ist es sachgerecht, diese Verordnung aufzuheben, zumal durch Änderung der maßgebenden Vorschriften die Verordnungsermächtigung nicht mehr bestehen wird.

Anhang

Dringender Handlungsbedarf bei den Weiterleitungsstellen

Dem Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (3. SGB IV ÄndG) war zu entnehmen, dass auf die Änderung des § 28f SGB IV in der Fassung des GKV-WSG verzichtet werden würde. Diese angedachte Vorgehensweise ist bedauerlicherweise nicht in das Gesetz übernommen worden. Die Option bleibt weiterhin Bestandteil des SGB IV, soll aber erst am 01.01.2012 in Kraft treten.

Dem Kabinettdentwurf zum 3. SGB IV ÄndG war eine Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrats beigefügt. Im letzten Teil der Stellungnahme wird das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gebeten, zu analysieren, ob die zu erwartenden geringen Einsparungen bei den Unternehmen die Kosten der Krankenkassen zum Einrichten und Betreiben der Weiterleitungsstellen rechtfertigen. Die Umsetzung dieses Auftrages stellt nach unserer ersten Bewertung das Inkrafttreten der Option „Weiterleitungsstellen“ mehr denn je infrage, erst recht dann, wenn auch erwogen werden sollte, „... ob diese Stellen mit weiteren Aufgaben betraut werden können, die die Wirtschaft, aber auch die Krankenkassen selbst spürbar entlasten“, so die Stellungnahme des Normenkontrollrates.

Abschließend ist dieser Stellungnahme Folgendes zu entnehmen: „Denkbar ist es z. B., dass die Weiterleitungsstellen die Möglichkeit erhalten, die Rechtsfragen des Beitragseinzugs zu klären und dem Unternehmen hierzu als einheitlicher Ansprechpartner Auskünfte zu erteilen.“ Explizit dieser Erwartung war der Referentenentwurf nachgekommen. Danach war vorgesehen, dem GKV-Spitzenverband eine solche Aufgabe zu übertragen. Insofern ist der Verzicht auf die Streichung dieser Option nicht nachzuvollziehen.

Wenn den Weiterleitungsstellen weitere Aufgaben übertragen werden sollen, ist es zwingend erforderlich, den rechtlichen Rahmen gravierend zu verändern. Die durch das GKV-WSG vorgesehenen Weiterleitungsstellen haben bislang nicht die Aufgaben, die heute, aber auch ab 1. Januar 2012 die Einzugsstellen zu erfüllen haben. Hier muss dringend eine Klarstellung herbeigeführt werden.

Durch die Einrichtung von Weiterleitungsstellen werden sich für die Krankenkassen gravierende Auswirkungen auf die Organisation des Beitragseinzugs ergeben.

Erhebliche organisatorische und programmtechnische Anpassungen sind zur Einrichtung von Weiterleitungsstellen erforderlich. Nach derzeitigen Schätzungen wird allein für die programmtechnischen Anpassungen der Kostenaufwand im BKK System bei 1,5 Mio. € liegen.

Die Weiterleitungsstellen bedeuten den Aufbau und die Finanzierung von Doppelstrukturen. Weiterleitungsstellen haben alle Daten an jede beteiligte Krankenkasse weiterzuleiten, die die Daten ebenfalls vollständig bearbeiten muss (z. B. Plausibilitätsprüfungen, Vollständigkeitsprüfungen usw.).

Folglich werden keine Kosteneinsparungen (z. B. beim Personal) erzielt.

Auswirkungen auf die Einzugskostenvergütung: Diese wären unter Berücksichtigung der Aufwendungen der Weiterleitungsstellen neu aufzuteilen.

Gegenüber einer Krankenkasse, die als Weiterleitungsstelle fungiert, erhalten die beteiligten Krankenkassen ein Prüfrecht (vgl. § 28f Abs. 4 Satz 3 SGB IV). Dadurch müssten zusätzliche kostspielige Prüfmechanismen eingeführt werden. Ferner sind

Auseinandersetzungen zwischen den beteiligten Krankenkassen zu erwarten, angesichts der Tatsache, dass diese sich im gewünschten Wettbewerb untereinander befinden.

Erhebliche organisatorische und technische Anpassungen werden erforderlich, u. a.

- Einrichtung neuer und aufwändiger DV-Verfahren und -Schnittstellen für die Weiterleitung und Annahme der U1-/U2-Umlagen und der Pflegeversicherungsbeiträge.
- Einrichtung eines komplexen und aufwändigen Meldeverfahrens zwischen Weiterleitungsstelle und den übrigen Krankenkassen in Bezug auf eingegangene Zahlungen, verbuchte Teilzahlungen etc. zum Zweck der Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Beitragsabführungs- und Mahnverfahrens.

Diese Ausführungen zeigen, dass an dem Konzept der Weiterleitungsstelle entsprechend § 28f Abs. 4 SGB IV in der ab 1. Januar 2012 geltenden Fassung nicht festgehalten werden kann, wenn dem Anspruch des Bürokratieabbaus und letztlich der Einschätzung des Normenkontrollrates noch entsprochen werden soll.

Für Überlegungen, die im Kontext der Veränderung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit in der Politik angestellt werden, bietet die Weiterleitungsstellen-Option 2012 keinen wirklichen Anknüpfungspunkt.

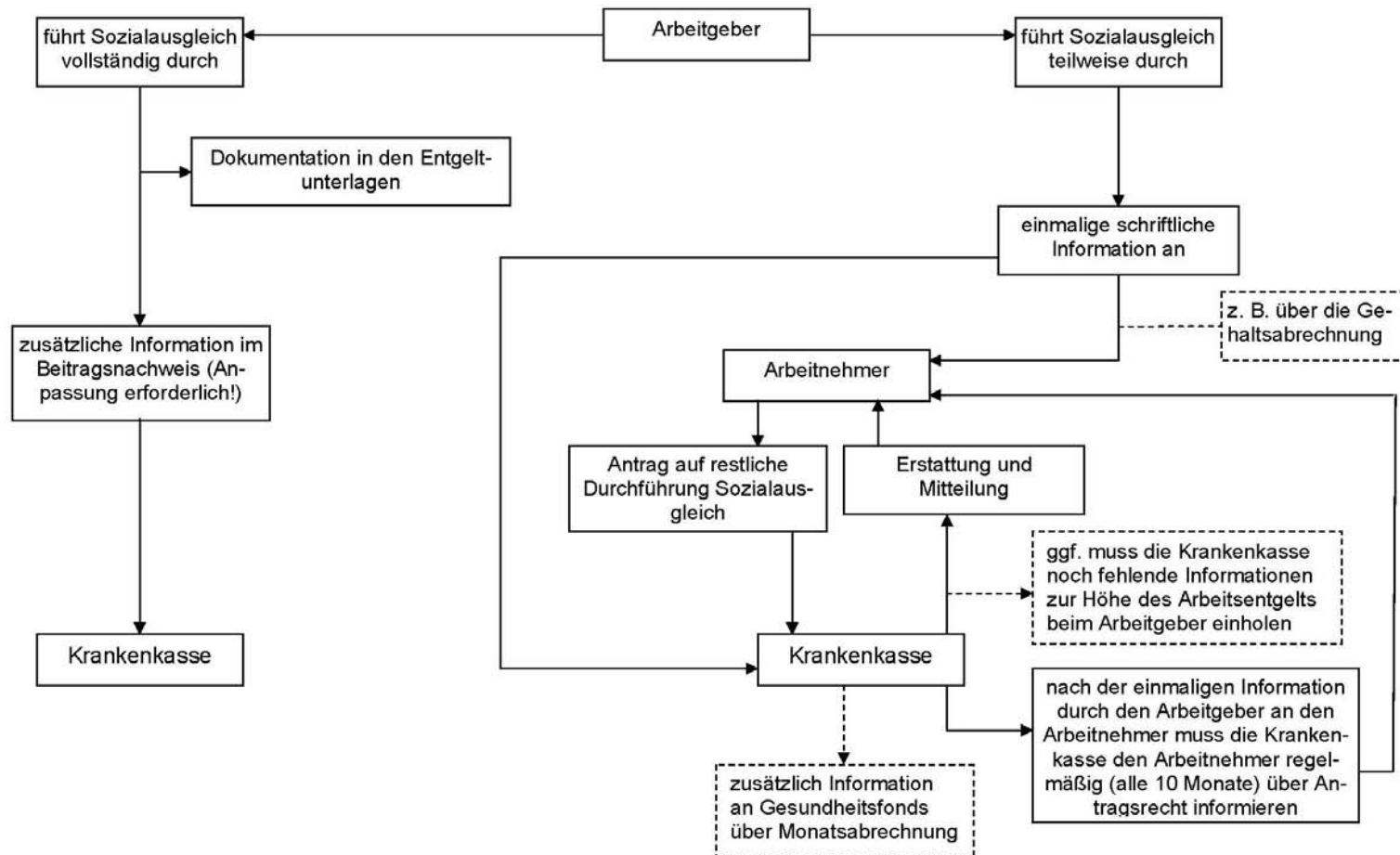
Die Ausführungen machen deutlich, dass der Verzicht auf die Streichung der Weiterleitungsstellen im Gesetzgebungsverfahren des 3. SGB IV ÄndG völlig im Widerspruch stehen zum jetzigen Artikel 1 Nr. 1 (§ 4 Abs. 4) des Gesetzentwurfs eines GKV-FinG, wonach sich die Verwaltungskosten der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände nicht erhöhen sollen.

Abschließend sei der Hinweis erlaubt, dass inzwischen mehr als 90 % aller Versicherten bei nur noch 36 Krankenkassen versichert sind (siehe Tätigkeitsbericht des BVA 2009). Insofern basiert die Weiterleitungsstellen-Option 2012 auf einem Mythos der Arbeitgeberverbände, wonach seit Jahrzehnten immer über die enorme Bürokratiebelastung beim Beitragseinzug in der Sozialversicherung geklagt wird. Zentraler Belastungsfaktor sei für viele Arbeitgeber die zu hohe Zahl von Krankenkassen, mit denen Beiträge abzurechnen sind.

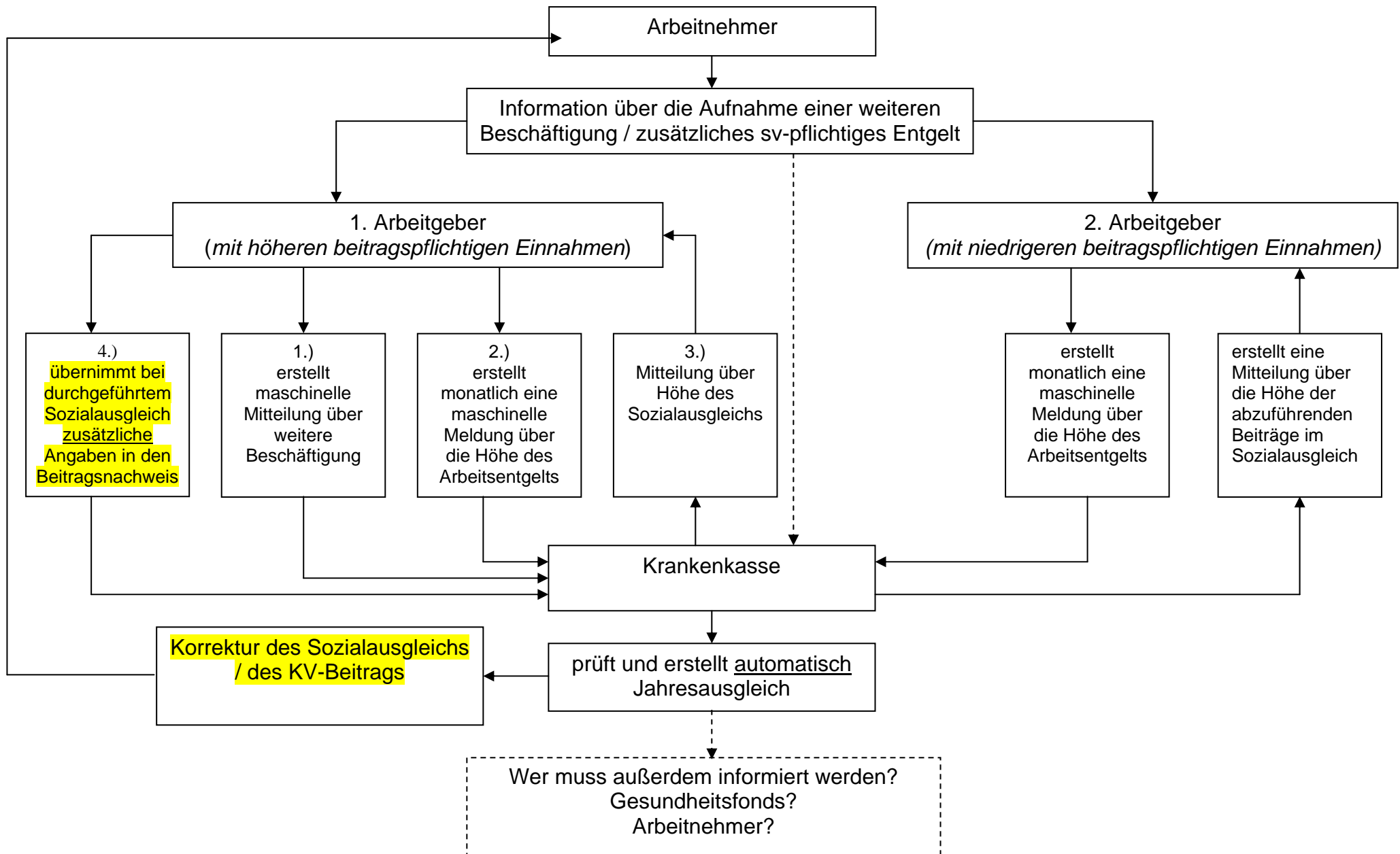
Graphische Darstellung der Meldewege beim Sozialausgleich

Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit einer Beschäftigung

Hinweis: Die Prüfung des Sozialausgleichs orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und muss auch erfolgen, wenn die Krankenkasse des Arbeitnehmers keinen Zusatzbeitrag erhebt



Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit mehreren Beschäftigungen



Sozialausgleich für Arbeitnehmer mit Rentenbezug

