

Wesentliche Regelungen des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Der Deutsche Bundestag hat am 12. November 2010 den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) in 2./3. Lesung abschließend beraten. Das nicht zustimmungspflichtige Gesetz wird im Bundesrat am 17. Dezember beraten und tritt Anfang Januar 2011 in Kraft.

Das GKV-Finanzierungsgesetz enthält Regelungen, die insbesondere den Zielen dienen

- die Finanzierungsgrundlage zu stärken,
- den Sozialausgleich gerecht zu gestalten,
- die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zu schaffen und
- die Ausgaben zu stabilisieren.

I. Regelungen zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Der Finanzierungsteil des Gesetzes setzt sich aus strukturellen Maßnahmen zur grundsätzlichen Neuordnung der Finanzierung (Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge) und kurzfristigen Maßnahmen zur Konsolidierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zusammen. Im Einzelnen werden hier die folgenden Maßnahmen umgesetzt:

1. Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent (§ 241 SGB V):

Der mit Hilfe von Steuermitteln im Jahr 2009 abgesenkte Beitragssatz der Krankenkassen für die Beitragszahler (Arbeitgeber, RV-Träger, Bundesagentur für Arbeit und sonstige Stellen sowie Arbeitnehmer, Rentner und sonstige Mitglieder) wird wieder auf 14,6 Prozent – wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II – angehoben. Der nur vom Mitglied finanzierte Beitragssatzanteil von 0,9 Prozent bleibt erhalten.

2. Durchbrechung der automatischen Auswirkungen steigender Gesundheitsausgaben auf die Lohnkosten
Der allgemeine Beitragssatz wird für die Zukunft gesetzlich auf 15,5 Prozent fest geschrieben (§ 241 SGB V). Die bisherigen Regelungsmechanismen (Rechtsverordnung; 95 Prozent-Klausel für Anhebung; 100 Prozent-Klausel für Senkung) entfallen. Über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden künftig durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags auf 7,3 Prozent stabilisiert die Lohnkosten und verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Der bisherige Automatismus, dass Ausgabensteigerungen im Gesundheitsbereich zwangsläufig zu steigenden Lohnkosten führen, wird durch die Entkopplung durchbrochen. Damit werden langfristig Wachstum und Beschäftigung gefördert. Eine weitere Belastung des Faktors Arbeit mit der Folge des Abbaus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung wird vermieden. Durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen wird die Finanzierungsgrundlage zugleich unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen.

3. Weiterentwicklung der heutigen Zusatzbeiträge
Künftig ist nur noch die Erhebung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen möglich (§ 242 SGB V). Die Zusatzbeiträge selbst unterliegen künftig nicht mehr der Begrenzung auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds. Es gilt vielmehr eine Überforderungsgrenze für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds. Die 8-Euro-Grenze, bis zu der bislang keine Überforderungsregelung vorgesehen war, wird gestrichen. Die bisherige (über die 95 Prozent-Regel bestehende) Begrenzung des Finanzvolumens für die GKV, welches insgesamt über Zusatzbeiträge finanziert werden soll, wird aufgehoben.

4. Bei den Regelungen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag ist ein besonderer Sanktionsmechanismus in Form eines Verspätungszuschlags für Mitglieder vorgesehen, die mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages für jeweils insgesamt sechs Monate säumig sind. Der Verspätungszuschlag ist in der Höhe auf die letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt und muss mindestens 20 Euro betragen; das Nähere regelt hierzu die Krankenkasse in ihrer Satzung (§ 242 Abs. 6 SGB V). Bis zur Zahlung der ausstehenden Zusatzbeiträge und des Verspätungszuschlags besteht zudem kein Anspruch auf Sozialausgleich, es sei denn, dass eine wirksame Ratenzahlungsvereinba-

zung mit der Krankenkasse getroffen wurde und die Raten vereinbarungsgemäß gezahlt werden.

5. Der Schätzerkreis schätzt künftig im Herbst des jeweiligen Vorjahres die Unterdeckung der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Gegenüberstellung der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen des kommenden Jahres und der voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds (einkommensabhängige Beiträge und sonstige Einnahmen wie Bundesmittel), die zur Deckung dieser Ausgaben zur Verfügung stehen sowie die voraussichtlichen Versicherten- und Mitgliederzahlen der Krankenkassen insgesamt. Auf Basis der Schätzung des Schätzerkreises legt das BMG im Einvernehmen mit dem BMF den durchschnittlichen Zusatzbeitrag fest und gibt ihn bekannt (§ 242a SGB V). Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird für das jeweilige Jahr bei der Prüfung zu Grunde gelegt, ob bei einem Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich besteht.
6. Für bestimmte Personengruppen wird kein Zusatzbeitrag erhoben, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Dazu zählen Empfängerinnen und Empfänger von bestimmten Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld sowie Mutterschaftsgeld oder Elterngeld. Ebenso von der Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgenommen sind Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, Wehr- und Zivildienstleistende, Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten, sowie Auszubildende mit einem Entgelt bis zu 325 Euro monatlich oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung (§ 242 Abs. 5 SGB V). Verfügen diese Mitglieder über weitere beitragspflichtige Einnahmen, ist der Sozialausgleich im Regelfall lediglich auf der Bemessungsgrundlage dieser Einnahmen durchzuführen.
7. Für Mitglieder, die Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld beziehen, wird der Zusatzbeitrag zwar erhoben, sie zahlen ihn aber künftig nicht selbst und benötigen daher auch keinen Sozialausgleich. Stattdessen wird für diese Mitglieder der kassenindividuelle, höchstens jedoch der durchschnittliche Zusatzbeitrag (§ 242 Abs. 4 SGB V) aus den Mitteln der Liquiditätsreserve aufgebracht (§ 251 Abs. 6 SGB V). Ab 2015 wird die Zahlung dieses Zusatzbeitrages aus der Liquiditätsreserve beim Bundeszuschuss für den Sozialaus-

gleich vollumfänglich berücksichtigt. Der Bund stellt für die Jahre 2011 bis 2014 zwei Mrd. Euro für den Sozialausgleich zur Verfügung. Damit ist die Finanzierung gewährleistet. Der zu zahlende Zusatzbeitrag wird im Verrechnungsverfahren aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die jeweiligen Krankenkassen gezahlt. Ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass diese Differenz vom Mitglied zu zahlen ist. Das gleiche Verfahren gilt auch für so genannte „Aufstocker“. Das bedeutet: Wenn jemand neben seinem Arbeitsentgelt noch Arbeitslosengeld II bezieht, muss auch dieses Mitglied keinen Zusatzbeitrag zahlen.

Für Mitglieder, die allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages bedürftig würden, zahlt die Bundesagentur für Arbeit (BA) den Zusatzbeitrag in der erforderlichen Höhe. Die BA bekommt einmal jährlich die hierfür geleisteten Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Ab 2015 wird die Erstattung dieser Beiträge beim Bundeszuschuss für den Sozialausgleich vollumfänglich berücksichtigt.

Für Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe gilt die bisherige Rechtslage fort, nach der die kassenindividuellen Zusatzbeiträge vom Träger zu übernehmen sind.

8. Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld I oder Kurzarbeitergeld gelten die allgemeinen Regeln, d. h. sie zahlen den kassenindividuellen Zusatzbeitrag selbst und erhalten bei Überforderung einen Sozialausgleich durch die Bundesagentur für Arbeit bzw. durch den Arbeitgeber.

II. Regelungen zur Einführung des Sozialausgleichs

Der Sozialausgleich (§ 242b SGB V) wird i. d. R. durch den Arbeitgeber bzw. den Rentenversicherungsträger durchgeführt. Der einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds wird zu diesem Zweck um den Betrag gesenkt, um den das Mitglied durch Entrichtung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags überfordert wäre. Für die Arbeitnehmerin und den Arbeitnehmer bzw. die Rentnerin und den Rentner bedeutet die Durchführung des Sozialausgleichs damit, dass sie von ihrem Arbeitgeber bzw. dem Rentenversicherungsträger entsprechend mehr ausbezahlt bekommen.

1. Der Sozialausgleich wird immer dann automatisch durchgeführt, wenn ein Mitglied nur aus einer Quelle beitragspflichtige Einnahmen bezieht, also z. B. bei einer Arbeitnehmerin bzw. einem Arbeitnehmer, die bzw. der über keine weiteren beitragspflichtigen Einkünfte verfügt (z. B. Einkommen aus anderen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen, Renten etc.) (§ 242b Absatz 2 SGB V).
2. Bezieht ein Mitglied Einkünfte aus mehreren beitragspflichtigen Einnahmen, so prüft die Krankenkasse die Anspruchsberechtigung auf einen Sozialausgleich und informiert die jeweiligen beitragsabführenden Stellen über das Prüfergebnis und das anzuwendende Verfahren zur Beitragsbemessung (§ 242b Abs. 3 SGB V neu). Hierfür können Meldewege zwischen den Arbeitgebern und Krankenkassen genutzt werden. Sie müssen allerdings erweitert werden. Zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen muss die Verbindlichkeit bestehender Meldewege gestärkt werden. Der Sozialausgleich wird dann grundsätzlich von der beitragsabführenden Stelle ausgeführt, bei der das Mitglied sein Haupteinkommen bezieht. Ausnahmsweise führt bei Bezieherinnen und Beziehern einer gesetzlichen Rente immer der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durch, soweit die Höhe der Rentenzahlung 260 Euro übersteigt.
3. Für freiwillig Versicherte, wie Selbständige, freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner und Studentinnen und Studenten, die ihren Krankenkassenbeitrag selbst zahlen, wird der Sozialausgleich direkt – ebenfalls ohne Antragsverfahren – von der Krankenkasse durchgeführt. Hierfür liegen der Krankenkasse bereits heute alle erforderlichen Informationen vor.
4. Für Bezieher von Arbeitslosengeld I gibt es keinen Beitragssatzanteil des Mitglieds, der entsprechend verringert werden kann. Daher erhalten sie von der Bundesagentur für Arbeit eine zusätzliche Auszahlung in Höhe der Überforderung. Die Bemessungsgrundlage für den Sozialausgleich liegt bei ihnen bei 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts.
5. Aufgrund der für die Einrichtung des Verfahrens notwendigen Vorlaufzeiten würde im Jahr 2011 ein ggf. zu gewährender Sozialausgleich zunächst nicht im vorgesehenen automatisierten Verfahren über die Rentenversicherungsträger und Arbeitgeber erfolgen können. Aufgrund der Regelungen im GKV-FinG (Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen

und der Erhöhung des Beitragssatzes), die der GKV-Schätzerkreis bei seiner Prognose vom 30. September 2010 bereits berücksichtigt hat, wird sich der durchschnittliche Zusatzbeitrag im Jahr 2011 aller Voraussicht nach auf null Euro belaufen. Die endgültige Bekanntmachung wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen erfolgen und im Bundesanzeiger veröffentlicht.

III. Regelungen zur Ausgabenbegrenzung

1. Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände werden in den Jahren 2011 und 2012 auf der Höhe der entsprechenden Ausgaben des Jahres 2010 eingefroren (§ 4 Abs. 4 SGB V). Dementsprechend wird auch das Gesamtvolumen der Zuweisungen, das die Krankenkassen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben aus dem Gesundheitsfonds erhalten, in den Jahren 2011 und 2012 nicht steigen. Hierdurch ergeben sich für die GKV geschätzte Minderausgaben von 0,3 Mrd. Euro in 2011 und weiteren 0,3 Mrd. Euro in 2012. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verwaltungskosten bereits in 2009 und 2010 erhebliche Anstiege zu verzeichnen haben. Die Einhaltung der Vorgabe durch die einzelnen Kassen wird durch die Aufsichtsbehörden überprüft. Von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben sind nur eng begrenzte Ausnahmen zulässig. Hierzu gehören insbesondere die Ausgaben für die Telematikinfrastruktur und für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen in der Form von Urwahlen. Außerdem können die Aufsichtsbehörden in Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben eine Ausnahme von der Verwaltungskostenbegrenzung zulassen.
Bei Krankenkassen, die bis Ende 2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben, ist eine Reduzierung der Verwaltungsausgaben in 2012 gegenüber 2010 um zwei Prozent vorgesehen.
2. Für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV), die nach der Beschlussfassung des Gesetzentwurfs durch das Kabinett (22. September 2010) zustande gekommen sind, wird die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ausdrücklich vorgeschrieben (§ 73b SGB V). Vergütungen in HzV-Verträgen, die über dem Vergütungsniveau der hausärztlichen Versorgung im Kollektivvertragssystem liegen, sind dann möglich, wenn diese durch Effizienzsteigerungen und Einsparungen in anderen Bereichen (z. B. bei der Verordnung von Arzneimitteln) kompensiert werden. Die HzV-

Verträge sind der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese hat die Verträge zu prüfen und kann sie ggf. innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Für Verträge, die bis zum Datum des Kabinettsbeschlusses zustande gekommen sind, gilt Bestandsschutz bis zum 30. Juni 2014.

3. Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung werden folgende (nicht ausschließlich ausgabenbegrenzende) Regelungen getroffen:

- Die bisherigen Orientierungs- und Punktwerte gelten bis 2012 fort.
- Die Differenzierung der Orientierungs- und Punktwerte in Sonderpreise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung (sog. pretiale Steuerung) wird bis 2012 ausgesetzt. Stattdessen werden die früheren Sicherstellungszuschläge wieder eingeführt.
- Im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) wird der Behandlungsbedarf aufgrund von Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten im Jahr 2011 und im Jahr 2012 jeweils um 1,25 Prozent in allen Kassenärztlichen Vereinigungen einheitlich erhöht (2011 entspricht dies bundesweit rund 300 Millionen Euro).
- Zusätzlich ist eine asymmetrische regionale Angleichung der MGV durch einen – auch bereits getroffenen – Beschluss des Bewertungsausschusses vorgesehen, der ein Verfahren zur Anpassung des Behandlungsbedarfs mit Wirkung für das Jahr 2011 vorgibt. Die daraus resultierenden Honorarzuwächse belaufen sich auf bundesweit 500 Millionen Euro und sorgen zugleich für eine gerechtere Gestaltung der Honorarreform zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Sonstige Regelungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs, einschließlich von Nachvergütungen für einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, werden bis 2012 ausgesetzt.
- Die Gesamtvertragspartner haben Vereinbarungen über Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung extrabudgetär zu vergütender Leistungen (EGV) zu treffen, um medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen zu vermeiden. Für diese Vereinbarungen gilt, dass das Ausgabenvolumen der EGV-Leistungen im Jahr 2011 nicht stärker als die um 0,25 Prozentpunkte (im Jahr 2012 um 0,5 Prozentpunkte) verminderte maßgebliche Grundlohnrate steigen soll. Dies bedeutet, dass aus zwingenden Versorgungsgründen die Ausgaben auch über die

Begrenzungsraten hinausgehen können. Die Ausgabenbegrenzung gilt nicht für nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen sowie Präventions- und Früherkennungsleistungen.

4. Die in den Eckpunkten vorgesehene Begrenzung des Honorarzuwachses bei den Zahnärzten auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung wird durch Regelungen in § 85 Abs. 2d und Abs. 3f SGB V umgesetzt. Danach dürfen sich die Punktwerte und die Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die um 0,25 Prozentpunkte (2011) bzw. um die um 0,5 Prozentpunkte (2012) verminderte Grundlohnrate erhöhen. Die Begrenzung des zahnärztlichen Honorarvolumens gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe bzw. Früherkennung und ist mit geschätzten Einsparungen für die Krankenkassen im Jahr 2011 in Höhe von ca. 20 Mio. Euro und von weiteren ca. 40 Mio. Euro im Jahr 2012 verbunden.
5. In § 4 Abs. 2a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) wird der Mehrleistungsabschlag umgesetzt. Für Leistungen, die Krankenhäuser in Budgetverhandlungen im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich vereinbaren (sog. Mehrleistungen), wird für das Jahr 2011 ein Abschlag von 30 Prozent festgelegt. Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser für diese Mehrleistungen 70 Prozent der üblichen Vergütung erhalten. Für die GKV ergibt sich hieraus nach derzeitigem Kenntnisstand für das Jahr 2011 ein Einsparvolumen in Höhe von rd. 350 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Mehrleistungsabschlags zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern zu vereinbaren. Ausgenommen von der Anwendung des Abschlags sind zusätzlich vereinbarte Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sowie zusätzliche Leistungen bei landesrechtlich veranlassten Kapazitätserweiterungen (z. B. Ansiedlung einer neuen Fachabteilung). Auch wenn ansonsten die Finanzierung einzelner Leistungsbereiche gefährdet wäre oder Versorgungsprobleme entstehen würden (z. B. bei Transplantationen oder bei Versorgung Schwerbrandverletzter) sind Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag möglich. Im jeweiligen Folgejahr werden die Mehrleistungen des Vorjahres in Höhe der ungekürzten üblichen Vergütung vergütet.

6. In § 10 Absatz 3 und 4 KHEntgG sowie in den Regelungen zur Bundespflegegesetzverordnung wird festgelegt, dass die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Jahr 2011 um 0,9 Prozent ansteigen dürfen (d. h. um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate) und im Jahr 2012 um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate. Für die GKV wird hierdurch mit einem Einsparvolumen in Höhe von rd. 150 Mio. Euro im Jahr 2011 und rd. 300 Mio. Euro im Jahr 2012 gerechnet.

IV. Weitere Regelungen

1. Das Gesetz enthält weitere Regelungen, mit denen die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in den neuen Bundesländern und Berlin im Jahr 2012 und 2013 durch den Gesetzgeber zusätzlich um jeweils 2,5 Prozent (neue Bundesländer) bzw. 2 Prozent (Berlin) zur Angleichung an das Niveau der alten Bundesländer erhöht werden. Hierdurch entstehen Mehrausgaben in Höhe von 40 Mio. Euro (ab 2012) bzw. 45 Mio. Euro (ab 2013). Darüber hinaus gehende Anpassungsschritte bleiben den Vertragspartnern vorbehalten.

Weitere Regelungen zur strukturellen Fortentwicklung des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems („Strukturreform“) erfolgen im Laufe dieser Legislaturperiode.

2. Für den Krankenhausbereich werden zusätzlich folgende Regelungen getroffen:
 - In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG wird klargestellt, dass ein Abzug von Zuschlägen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nur dann vorzunehmen ist, soweit die Leistungen auch bereits durch den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Hierdurch wird sichergestellt, dass z. B. bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie, die in die Regelfinanzierung übergehen, nicht bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt werden.
 - Um einen gewissen Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern in den verschiedenen Ländern aufrecht zu erhalten, wird für akutstationäre Krankenhausleistungen die Etablierung einer Konvergenz zu einem einheitlichen Bundesbasisfallwert aufgehoben

(§ 10 Abs. 13 Satz 2 KHEntgG). Damit wird die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ablehnung bundeseinheitlicher Preise umgesetzt.

3. Die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung werden verbessert:
 - Die Vereinbarungen von Pauschalen zur ergänzenden Finanzierung der pädiatrischen Spezialambulanzen an Krankenhäusern werden schiedsstellenfähig und die diesbezüglichen Regelungen zur Bereinigung der Krankenhausbudgets und des Landesbasisfallwerts werden zeitlich angepasst.
 - Ein von der Selbstverwaltung zu erarbeitendes gemeinsames Konzept für eine schrittweise Konvergenz der ärztlichen Vergütungen wird für die im Laufe des Jahres 2011 geplante Überprüfung und Korrektur der Honorarreform herangezogen.
4. Bei den Regelungen zur Kostenerstattung (§ 13 SGB V) werden bürokratische Hürden beseitigt und Hemmnisse abgebaut.
 - Künftig bedarf es keines formalisierten schriftlichen Verfahrens mehr in Zusammenhang mit der Aufklärung des Versicherten über Bedingungen und Folgen der Kostenerstattung.
 - Abschlüsse für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallen künftig. Die Krankenkasse kann Abschlüsse für die Verwaltungskosten vornehmen, die in der Höhe auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt sind.
 - Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr verkürzt. Dies gewährleistet Flexibilität bei der Wahl der Kostenerstattung.
5. Die Regelungen zu den Wahlтарifen nach § 53 SGB V werden im Hinblick auf die Wahlfreiheit der Versicherten weiterentwickelt: Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wird auf ein Jahr reduziert. Das Sonderkündigungsrecht bei der Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen bzw. Verringerung von Prämienzahlungen nach § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V gilt künftig auch für Teilnehmer an Wahlтарifen (Ausnahme: Krankengeld). Im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung und die langfristige Tragfähigkeit dieser Tarife müssen die Krankenkassen künftig mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorlegen.

6. Durch Änderungen in den §§ 6 und 9 SGB V („Drei-Jahres-Regelung“) wird die Aussage im Koalitionsvertrag umgesetzt, wonach ein Wechsel aus der GKV in die PKV zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein soll.
- Damit wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wieder hergestellt. Danach endet die Versicherungspflicht in der GKV für Arbeitnehmer künftig wieder mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem ihr (anteiliges) Jahresarbeitsentgelt im Rahmen eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sofern ihr Gehalt auch die im folgenden Kalenderjahr maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigen wird.
 - Berufsanfängern mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (z. B. Personen nach abgeschlossenem Hochschulstudium) wird zugleich – wie nach dem vor GKV-WSG geltenden Recht – die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ermöglicht.
 - Personen, deren Pflichtmitgliedschaft in der GKV aufgrund des Wegfalls der Drei-Jahres-Regelung bereits zum Ende des Jahres 2010 endet, können ihre Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied fortsetzen.
7. Künftig wird im Wege einer Ergänzung des § 8 SGB V außerdem Personen, die im Anschluss an die Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit eröffnet, sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien zu lassen, damit sie ihre private Krankenversicherung fortsetzen können.
8. Durch eine Änderung in § 71 SGB V wird klargestellt, dass das BMG nicht zur Feststellung von nach Rechtskreisen getrennten Veränderungsdaten der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder verpflichtet ist.

Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ist maßgeblich für die Anpassung der Vergütungen der Leistungserbringer. Bis zum Jahr 2007 erfolgte

die Feststellung dieser Veränderungsrate getrennt für die alten und die neuen Länder. Nach der Aufhebung der nach Rechtskreisen getrennten Datenerhebung durch die Krankenkassen zum 31.12.2007 erhält das BMG nicht mehr die Daten, die für eine rechtskreisgetrennte Feststellung der Veränderungsrate erforderlich sind. Daher wird klargestellt, dass das BMG seit dem 1.1.2008 nicht mehr zur Feststellung gesonderter Veränderungsraten für die alten und die neuen Länder verpflichtet ist.

V. Finanzielle Wirkungen des Gesetzes

Unter Bezugnahme auf die in anderen Gesetzgebungsverfahren enthaltenen Einsparungen im Arzneimittelbereich ergibt sich unter Einschluss der Regelungen des Gesetzes ein Gesamt-Entlastungsvolumen auf der Ausgabenseite in einer Größenordnung von rund 3 ½ Mrd. Euro (2011) und rund 4 Mrd. Euro (2012). Bei der hausarztzentrierten Versorgung wird mit den Neuregelungen eine Vermeidung von zusätzlichen Mehrausgaben von bis zu 500 Mio. Euro angestrebt.

Einnahmeseitig ergeben sich Beitragsmehreinnahmen aus der Anhebung des Beitragssatzniveaus von 6,3 Mrd. Euro sowie durch die Anhebung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro für 2011 aus dem Haushaltsbegleitgesetz 2011.

Mehrbelastungen ergeben sich durch die strukturellen Weiterentwicklungen für die zahnärztliche Versorgung für 2012 und ab 2013 (vgl. hierzu Ausführungen zu IV. 1.) sowie durch die Mindereinnahmen, die durch die Streichung der Drei-Jahres-Regelung vor dem Wechsel in die PKV ab 2011 mit einem Finanzvolumen von jährlich 200 Mio. Euro zu erwarten sind.