

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

Vom 22. Dezember 2010

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 Satz 2 bis 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. Abweichend von Satz 2 sind

 1. Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen sowie
 2. Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf der Durchführung der Sozialversicherungswahlen beruhen, es sei denn, dass das Wahlverfahren nach § 46 Absatz 2 des Vierten Buches durchgeführt wird,

zu berücksichtigen. In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen, soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. Die Sätze 2 und 3, Satz 4 Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“
 - b) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.

(6) Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um 2 Prozent. § 291a

Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.“

2. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ gestrichen.
 - b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“
 - bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.
 - c) Absatz 9 wird aufgehoben.
 - 2a. In § 8 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „erfüllt“ die Wörter „ , , sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde“ eingefügt und das Komma am Ende durch die Wörter „; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden angerechnet,“ ersetzt.
 3. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“.
 - b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,“.
- 3a. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich.

Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.“

3b. § 43b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 7 werden die Wörter „Vollstreckungsverfahren und“ gestrichen.

b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“

c) Der bisherige Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, verringert sich abweichend von Satz 1 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht.“

3c. § 53 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.

b) Absatz 8 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарифen nach Absatz 6.“

c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарифen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben

hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.“

4. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

c) Absatz 3a wird aufgehoben.

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

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

5. § 73b wird wie folgt geändert:

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

„(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effi-

zienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden. Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30. Juni 2014 § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden.“

- b) In Absatz 8 werden die Wörter „können vereinbaren, dass Aufwendungen für“ durch die Wörter „haben bei Vereinbarungen über“ ersetzt und werden vor den Wörtern „aus Einsparungen“ die Wörter „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen“ eingefügt.
- c) Folgender Absatz 9 wird angefügt:
- „(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Im Rahmen der Prüfung hat die Aufsichtsbehörde insbesondere auch die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8 zu prüfen. Sie kann zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen.“
6. § 85 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:
- „(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich im Jahr 2011 höchstens um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“
- b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:
- „(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich im Jahr 2011 höchstens um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung.“
7. Dem § 87 wird folgender Absatz 9 angefügt:
- „(9) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein

Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Konzept umgehend dem Deutschen Bundestag vor.“

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

„§ 87d

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2f zu treffen. Die regionale Eurogebührenordnung, die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellen ist, enthält für die Jahre 2011 und 2012 ausschließlich Preise für den Regelfall.

(2) Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind für das Jahr 2011 bis spätestens vier Wochen nach der in Satz 7 genannten Frist sowie für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um 1,25 Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt. Der sich aus den Sätzen 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren nach Satz 4 zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelung

gen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.

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

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das Ausgabenvolumen des Jahres 2010, erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten. Hierzu können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von § 87b Absatz 1 Satz 1 eine Abstufung der Preise in der regionalen Euro-Gebührenordnung oder Mengenbegrenzungsregelungen vereinbaren. Die Partner der Bundesmantelverträge können für die Vereinbarungen nach Satz 1 Empfehlungen zum Umfang sowie zum Verfahren der Ausgabenbegrenzung vereinbaren. Die Vorgaben dieses Absatzes gelten nicht für gesetzlich vorgeschriebene, auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhende Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, nichtärztliche Dialyseleistungen sowie ab dem Jahr 2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das Ausgabenvolumen des Jahres 2011, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten soll.“

9. Der bisherige § 87d wird § 87e.

10. § 105 Absatz 5 wird aufgehoben.

10a. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung je-

weils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern.“

bb) Satz 6 wird aufgehoben.

cc) Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „Jahr 2009“ durch die Wörter „jeweilige Jahr erstmalig“ ersetzt.

b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Absatz 1a Satz 1 oder“ eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten.“

10b. In § 129 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „ , 4“ gestrichen.

11. In § 171a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und diesem Titel“ durch die Wörter „und Siebten Titel“ ersetzt.

12. § 190 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „ , es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt.“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.“

12a. In § 194 Absatz 1a wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungsstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandskrankenversicherung.“

13. § 201 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

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

b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.

14. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt für jedes Jahr bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Diese Schätzung dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.“
15. In § 221 Absatz 2 wird die Angabe „Satz 3“ gestrichen.
16. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:
- „§ 221b
Leistungen des
Bundes für den Sozialausgleich
- Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich jeweils in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge, die für Mitglieder nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben werden, sowie die Zahlungen für Zusatzbeiträge, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches gezahlt werden.“
- 16a. Nach § 232a Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
- „(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichen Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.“
17. § 241 wird wie folgt gefasst:
- „§ 241
Allgemeiner Beitragssatz
- Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“
18. § 242 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zusatzbeitrag“ das Wort „einkommensunabhängiger“ eingefügt.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:
- „(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.
- (5) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben von
1. Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8 und Absatz 4a Satz 1,
 2. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,
 3. Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,
 4. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie
 5. von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird,
- soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.
- (6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 20 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitrags-

abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß den Sätzen 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“

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

„§ 242a

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.

§ 242b

Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. § 232a Absatz 1

Satz 3 gilt entsprechend. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrags Absatz 5 entsprechend. Im Falle des Satzes 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.

(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht, und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch,

teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.

(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten, den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Leistungen

nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet beziehungsweise von ihnen nachgefordert haben.

(8) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“

20. § 243 wird wie folgt gefasst:

„§ 243

Ermäßigter Beitragssatz

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

21. § 251 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. Eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.“

22. § 252 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 242“ durch die Angabe „§§ 242, 242a“ ersetzt.

b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Im Falle des § 251 Absatz 6 Satz 2 erfolgt die Zahlung der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 Satz 1 monatlich entsprechend der Anzahl dieser Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Im Falle des § 251 Absatz 6 Satz 4 erfolgt die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Ab-

- satz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit.“
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „den Zusatzbeitrag nach § 242,“ die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,“ eingefügt.
23. In § 255 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Höhe der Beiträge“ die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.
24. In § 256 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „nachzuweisen“ ein Semikolon und die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ eingefügt.
25. § 271 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz 2 und 4“ eingefügt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „in vier jährlichen Schritten“ durch das Wort „schrittweise“ ersetzt.
- cc) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen nach § 242a Absatz 1 Satz 1 übersteigenden jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds sind der Liquiditätsreserve zuzuführen.“
- b) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.
26. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „und Zahlung“ die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs“ eingefügt.
27. In § 291a Absatz 7 Satz 7 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Wörter „Satz 2 und 6“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nach § 85 Absatz 3f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird folgender Absatz 3g angefügt:

„(3g) Zur Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz werden die für das Jahr 2011 vereinbarten Punktwerte und Gesamtvergütungen im Jahr 2012 zusätzlich zu der nach Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 2d und 3f vereinbarten Veränderung im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder um 2,5 Prozent und im Land Berlin um 2 Prozent erhöht. Die sich daraus ergebenden Punktwerte und Gesamtvergütungen des Jahres 2012 werden im Jahr 2013 im Gebiet der in

Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder zusätzlich zu der nach Absatz 3 vereinbarten Veränderung um weitere 2,5 Prozent und im Land Berlin um weitere 2 Prozent erhöht. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen des Jahres 2014 sind auf die nach Satz 2 erhöhten Gesamtvergütungen zu beziehen.“

Artikel 2a

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 26 Absatz 4 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), das zuletzt durch das Gesetz vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1933) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Bundesagentur für Arbeit zahlt den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Personen, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden, in der erforderlichen Höhe.“

Artikel 3

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 133 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 95 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. für Beiträge zur Krankenversicherung der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 des Fünften Buches,“.

Artikel 4

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1885) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 23 Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

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

2. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. bei Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern, für unständig Beschäftigte und in den Fällen, in denen der oder die Beschäftigte weitere in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtige Einnahmen erzielt, soweit bekannt,“.

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

„(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 jeweils monatlich an die zuständige Krankenkasse. In der Meldung sind anzugeben:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt, ansonsten die zur Vergabe einer Versicherungsnummer notwendigen Angaben (Tag und Ort der Geburt, Anschrift),
 2. Familien- und Vorname,
 3. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes und
 4. das in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt in Euro.“
3. Dem § 28f Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „In den Fällen des § 242b des Fünften Buches ist zusätzlich der Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre.“
4. Nach § 28h Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
- „(2a) Die Krankenkasse teilt dem Arbeitgeber oder anderen Meldepflichtigen im Falle mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen folgende Daten durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung mit:
1. ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist und das für die Beitragsbemessung nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches anzuwendende Verfahren,
 2. in den Fällen des § 20 Absatz 2 den anteiligen abzuführenden Beitrag und
 3. in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 die zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge; diese Mitteilung erfolgt einmal jährlich zum 30. April eines Kalenderjahres.“
5. In § 28o Absatz 1 werden nach dem Wort „Beschäftigungen“ die Wörter „sowie bei Bezug weiterer in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtiger Einnahmen“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 183 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei ist sicherzustellen, dass die Ausgleichsumlage nach § 184d unmittelbar beitragswirksam wird; eine Beschränkung auf bestimmte Gruppen von Unternehmen ist unter Berücksichtigung des Beitragsmaßstabes zulässig.“
2. Dem § 184d wird folgender Satz angefügt:

„Klagen gegen Entscheidungen des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Durchführung der Lastenverteilung haben keine aufschiebende Wirkung.“

Artikel 6

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 3 wird die Angabe „Abs. 4“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.
2. In § 3a wird die Angabe „Abs. 4 und 9“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
3. Dem § 24 Absatz 1 Nummer 8 werden die Wörter „es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt; wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 3a Nummer 1 zweiter Halbsatz aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen,“ angefügt.
4. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 6 werden die Wörter „; der jeweils zum 1. Juli ermittelte Vergleichsbeitrag gilt für das folgende Kalenderjahr“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Eine Anpassung des Beitrags der höchsten Beitragsklasse unterbleibt, solange sich bei Anwendung eines neuen Vergleichsbeitrags eine Änderung um weniger als 10 Euro je Monat ergeben würde.“
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach dem Wort „ermitteln“ werden ein Semikolon und die Wörter „der so ermittelte Beitrag erhöht sich um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
 - bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Maßgebend sind jeweils die Werte am 1. Juli eines Jahres; der Vergleichsbeitrag gilt für das folgende Kalenderjahr. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz macht den Vergleichsbeitrag bis zum 31. August eines jeden Jahres für das Folgejahr bekannt.“
5. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter „; dieser Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 10 des

Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2933) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 16 Absatz 1 Satz 1 zweiter Teilsatz wird wie folgt gefasst:

„die §§ 223, 234 Absatz 1, die §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 bis 3, 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung.“

2. Nach § 34 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Bestimmung der Ausgaben im Sinne des Satzes 1 gilt ein Sozialausgleich nach § 242b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als nicht erfolgt.“

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

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

c) Absatz 10 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Be-

stätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „§ 4 Abs. 9“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10“ ersetzt.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „(B2 laufende Nummer 3)“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

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

bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich.“

c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts für 2011 auf die um 0,25 Prozentpunkte und für 2012 auf die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate begrenzt ist.“

d) Absatz 13 Satz 2 wird aufgehoben.

4. In Anlage 1 wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) Die laufende Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„Erlösbudget?“.

b) Die laufende Nummer 6 wird gestrichen.

c) In der Fußnote 2 zur neuen laufenden Nummer 5 werden die Wörter „sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ gestrichen.

Artikel 9

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1768) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht

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

Artikel 10
Änderung der
Bundespflegeverordnung

§ 6 der Bundespflegeverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983), geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 3 werden die Angabe „und 4“ gestrichen und vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wobei für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate anzuwenden ist“ eingefügt.
2. In Absatz 2 Satz 1 werden die Angabe „und 4“ gestrichen und vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2011 ist die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich“ eingefügt.

Artikel 11
Änderung der
Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Nach § 11a der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 9. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1885) geändert worden ist, wird folgender § 11b eingefügt:

„§ 11b

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

Teilt der oder die Beschäftigte oder die zuständige Krankenkasse dem Arbeitgeber mit, dass der oder die Beschäftigte eine weitere Beschäftigung aufgenommen hat oder eine andere sozialversicherungspflichtige Einnahme erzielt, ist mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung nach Beschäftigungsaufnahme oder Erzielung der sozialversicherungspflichtigen Einnahme monatlich eine Entgeltmeldung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Krankenkasse zu melden, erstmals spätestens innerhalb von sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt. Die Meldepflicht besteht, solange die Voraussetzungen nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vorliegen.“

Artikel 12
Änderung der
Beitragsverfahrensverordnung

Nach § 8 Absatz 2 Nummer 3 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird folgende Nummer 3a eingefügt:

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

Artikel 13
Aufhebung der
GKV-Beitragsatzverordnung

Die GKV-Beitragsatzverordnung vom 29. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2109), die durch Artikel 14 des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 14
Änderung der
Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch die Verordnung vom 16. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2119) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

2. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „der Beitragsatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte“ ersetzt.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Bei der Ermittlung der Zuweisungen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 sind die Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zugrunde zu legen.“

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

3. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Nummer 1 werden nach der Angabe „§ 39 Abs. 5“ die Wörter „ , die Kosten nach § 28q

Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

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

4. § 41 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:
„§ 37 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 15

Inkrafttreten

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

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

(3) Artikel 1 Nummer 11 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 5, 7, 8 und 9 sowie Artikel 8 Nummer 1 Buchstaben a und b, Nummer 3 Buchstabe a, Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb, Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c, Nummer 4 und Artikel 10 treten mit Wirkung vom 22. September 2010 in Kraft.

(5) Artikel 1 Nummer 2 und Artikel 6 Nummer 2 treten am 31. Dezember 2010 in Kraft.

(6) Artikel 1 Nummer 3a, 3c Buchstabe a und Nummer 10b tritt am 2. Januar 2011 in Kraft.

(7) Die Artikel 2, 4, 11 und 12 treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 22. Dezember 2010

Der Bundespräsident
Christian Wulff

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Philipp Rösler