

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0072.2

Zu TOP 1 der TO am 08.11.2010

05.11.2010

**Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

**zum**

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

**- Drs. 17/3040 -**

**Änderungsantrag 1 (ersetzt Änderungsantrag 1, Ausschussdrucksache  
17(14)0072 vom 5.10.2010)**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 4 SGB V)

(Verwaltungskostenbudgetierung)

Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

,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 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 zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um zwei Prozent. § 291a Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.“

Begründung:

Zu Buchstabe a

Durch die Neufassung des Satzes 4 werden Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf Grund der Durchführung der Sozialversicherungswahlen im Jahr 2011 entstehen, von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben ausgenommen, sofern diese als Urwahlen durchgeführt werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenkassen die entsprechenden Ausgaben nicht durch Einsparungen in anderen Bereichen finanzieren müssen. Dies würde der Bedeutung der Sozialversicherungswahlen nicht gerecht. Eine Erstreckung der Ausnahme auf die Krankenkassen, bei denen die Sozialversicherungswahlen als sogenannte Friedenswahlen durchgeführt werden, ist nicht erforderlich, da bei diesem Verfahren allenfalls sehr geringe Verwaltungsausgaben entstehen.

Der neue Satz 5 trägt dem Umstand Rechnung, dass insbesondere durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG), dessen Entwurf sich derzeit im parlamentarischen Verfahren befindet, sowie durch das vorliegende Gesetz den Krankenkassen und ihren Verbänden zahlreiche neue Aufgaben übertragen werden. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Festlegung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen durch Preisverhandlungen mit dem pharmazeutischen Unternehmer bzw. durch eine Schiedsstelle, sowie die Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Sozialausgleichs und des Säumnisverfahrens.

Soweit für die Erfüllung dieser Aufgaben die Einstellung neuer Beschäftigter unabweisbar erforderlich ist, sind die hiermit verbundenen Mehraufwendungen in erster Linie durch Einsparungen in anderen Bereichen zu decken. Nur wenn eine Krankenkasse nachweist, dass sie trotz Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven mit dem vorhandenen Personalbestand nicht in der Lage ist, ihre gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen, ist eine Überschreitung der Verwaltungsausgaben des Jahre 2010 zulässig.

Bei der Änderung in Satz 6 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu den vorgenannten Änderungen.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 5

In der Vergangenheit ist das Problem aufgetreten, dass Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliederwerbung unterschiedlich gebucht werden, je nachdem ob die Mitgliedergewinnung mit eigenen Mitarbeitern oder durch private Dienstleister erfolgt. Während die Ausgaben für private Dienstleister vollständig auf das in den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegte Werbebudget angerechnet werden, ist dies bei den Ausgaben für eigene Vertriebsmitarbeiter nicht der Fall. Hiervon sind insbesondere kleinere und mittelgroße Krankenkassen betroffen, die keine eigenen Vertriebsmitarbeiter beschäftigen. Um diese sachlich nicht vertretbare Ungleichbehandlung zu beseitigen, sind entsprechende Anpassungen des für die Buchung maßgeblichen Kontenrahmens als Teil der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) erforderlich.

Zu Absatz 6

Die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur bleiben bei der Feststellung der Verwaltungsausgaben unberücksichtigt (§ 291a Absatz 7 Satz 7 SGB V bzw. Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik vom 16. Januar 2004).

Die Sonderregelung in Absatz 6 dient darüber hinaus dem Zweck, dass die Krankenkassen zur Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung sowie der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit die für sie geltenden gesetzlichen Regelungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarten umsetzen und mit der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten an ihre Mitglieder beginnen. Bei Krankenkassen, die die gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzen und damit auch die vorgegebenen Möglichkeiten zur Reduzierung

des Missbrauchs sowie der Steigerung der Wirtschaftlichkeit nicht nutzen, sollen die Verwaltungskosten im Jahr 2012 gegenüber 2010 um zwei Prozent gekürzt werden. Die Kürzung trifft die nach § 291a Absatz 7 Satz 7 bereinigten Verwaltungsausgaben zusätzlich. Die Bezugsgröße für die Krankenkasse ist die Zahl der Mitglieder nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2011.

## **Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu (§ 8 SGB V)

(Befreiung von der Versicherungspflicht bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung nach Elternzeit oder Pflegezeit)

Nach Artikel 1 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„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.“

### Begründung:

Der Änderungsantrag geht zurück auf die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes der Bundesregierung (BR-Drucks. 581/10).

§ 8 Absatz 1 Nummer 3 sieht derzeit eine Befreiungsmöglichkeit bisher privat Krankenversicherter von der Versicherungspflicht bei einer Reduzierung der Arbeitszeit nur dann vor, wenn unmittelbar vorher mindestens fünf Jahre Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. Personen, die vor dem Bezug von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BERzGG) oder von Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) oder vor der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem BERzGG bzw. dem BEEG oder von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze und privat

krankenversichert waren, werden, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt eine Teilzeitbeschäftigung von 50 Prozent oder weniger aufnehmen, von der Regelung bislang nicht erfasst.

Diese Personen wurden mit Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung nach diesen Zeiten versicherungspflichtig in der GKV ohne Befreiungsmöglichkeit, selbst wenn sie während der Elternzeit oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt und von der Befreiungsmöglichkeit nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a Gebrauch gemacht hatten. Die Befreiung nach den Nummern 2 und 2a erstreckt sich nur auf die Dauer der Elternzeit bzw. Pflegezeit und endet mit der Neuaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Anschluss daran.

Mit der Neuregelung wird künftig auch Personen eine Befreiungsmöglichkeit eingeräumt, die im Anschluss an die Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, bei der die Arbeitszeit die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes beträgt und die als Vollbeschäftigung den Eintritt von Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V zur Folge hätte. Grundsätzlich ist es weitere Voraussetzung, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze ist. Auf diesen Zeitraum werden künftig aber die Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit angerechnet.

Infolge der Anrechnungsregelung in Nummer 3 werden künftig außerdem Personen erfasst, die nach der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit zunächst eine Beschäftigung aufgenommen haben, die die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nummer 1 erfüllt, und zu einem späteren Zeitpunkt ihre Arbeitszeit entsprechend der Regelung des ersten Halbsatzes herabsetzen. Voraussetzung ist, dass im Zeitraum der letzten fünf Jahre entweder Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bestanden hat oder Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit oder Pflegezeit in Anspruch genommen wurde.

Auf diese Weise können sich auch Personen von der durch die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung eintretenden Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen, die vor der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit bereits für einen ausreichend langen Zeitraum versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze waren und während der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit entweder keine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen haben oder aber sich gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a von der

Versicherungspflicht haben befreien lassen. Die Regelung ist sachgerecht, da sie die Kontinuität in der Krankenversicherung wahrt.

Die Befreiung kann nach der Regelung in § 8 Absatz 2 Satz 3 nicht widerrufen werden. Die Befreiung gilt damit für die gesamte Dauer der Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 3.



**Änderungsantrag 3 (Ersetzt Änderungsantrag 2, Ausschussdrucksache 17 (14) 0072 vom 5. 10.2010).**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 3a (§ 13 SGB V)

(Kostenerstattung)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„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.“

Begründung:

Die Bedingungen und Folgen der Kostenerstattung für die Versicherten sind weiterhin in einem entsprechenden Beratungsgespräch zu klären. Eines formalisierten schriftlichen Verfahrens bedarf es hier aber nicht.

Die Krankenkasse kann Abschläge für die Verwaltungskosten vornehmen, die in der Höhe auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt sind. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nicht mehr erforderlich. Bei der Kostenerstattung hat der Versicherte selbst durch Überprüfung der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung die Möglichkeit, Leistungspositionen zu hinterfragen und so das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren.

Der ausdrückliche Hinweis, dass Zuzahlungen bei der Erstattung mindernd zu berücksichtigen sind, ist nicht erforderlich. Die Pflicht zur entsprechenden Minderung folgt bereits aus Satz 9, wonach der Anspruch auf Kostenerstattung nur in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr verkürzt. Dies gewährleistet größtmögliche Flexibilität bei der Wahl der Kostenerstattung.

## **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 3b (§ 43b SGB V)

(Inkassoverfahren bei Krankenhaus-  
zuzahlungen)

Nach Artikel 1 Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:

„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.“

### Begründung:

Zu Artikel 1 Nummer X

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Regelung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Die Änderung stellt klar, dass im Anschluss an ein vom Krankenhaus erfolglos betriebenes Einziehungsverfahren die Krankenkasse für die Durchführung eines erforderlichen Vollstreckungsverfahrens gegenüber dem Versicherten zuständig ist. Damit werden die maßgeblichen Zuständigkeiten für die Einziehung und das Vollstreckungsverfahren der Krankenhauszuzahlungen transparent abgegrenzt. Die nach Satz 3 und 4 mit Inkassoaufgaben betrauten und insoweit beliehenen Krankenhäuser betreiben somit das Forderungsmanagement für Krankenhauszuzahlungen. Da nach öffentlich - rechtlichem Vollstreckungsrecht Krankenhäuser jedoch nicht - auch nicht als Beliehene - die für die Vollstreckung maßgeblichen Schritte einleiten können, ist dies Aufgabe der zuständigen Krankenkasse. Damit werden die derzeit bei der Vollstreckung rückständiger Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung bestehenden Schwierigkeiten behoben.

Zu Buchstabe c

Die Erhaltung des Vorwegabzuges schafft den notwendigen Anreiz, dass die Krankenhäuser das ihnen übertragene Einziehungsverfahren umfassend und zügig durchführen.

Es wird jedoch klargestellt, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses abweichend von Satz 1 nach erfolgloser Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus nicht verringert wird. Das gilt auch dann, wenn im Anschluss an eine erfolglos gebliebene Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus die zuständige Krankenkasse das Vollstreckungsverfahren nach Satz 8 durchführt. Ist das Vollstreckungsverfahren erfolgreich, erhält die Krankenkasse den Zuzahlungsbetrag. Es bedarf keiner Verringerung des Vergütungsanspruches des Krankenhauses. Bleibt eine Vollstreckung durch die Krankenkasse hingegen erfolglos, besteht kein Anlass, den Ausfall der Zuzahlung dem Krankenhaus anzulasten. Dies gilt auch für den Fall, das die Krankenkasse aus bestimmten Gründen von der Durchführung der Vollstreckung absieht.

**Änderungsantrag 5 (ersetzt Änderungsantrag 3, Ausschussdrucksache 17 (14)  
0072 vom 5.10.2010)**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 3c (§ 53 SGB V)

(Wahltarife)

Nach Artikel 1 Nummer 3b - neu - wird folgende Nummer 3c eingefügt:

„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 Wahltarifen nach Absatz 6.“

c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.“

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Redaktionelle Änderung zu § 13 Absatz 2.

Zu Buchstabe b)

Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife (mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3) beträgt derzeit drei Jahre. Eine Reduzierung der Mindestbindungsfrist für die Tarife nach Absatz 2 (Prämienzahlung), Absatz 4 (Kostenerstattung) und Absatz 5 (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen) auf ein Jahr stärkt die Wahlfreiheit der Versicherten. Die bisherige Mindestbindungsfrist von drei Jahren für alle Wahltarife hat Versicherte tendenziell davon abgehalten, diese in Anspruch zu nehmen. Bei den Tarifen nach Absatz 1 (Selbstbehalt) und nach Absatz 6 (Krankengeld) bleibt wegen der bei diesen Tarifen notwendigen langfristigen Kalkulationsgrundlage für die Krankenkassen die bisher geltende Mindestbindungsfrist von drei Jahren erhalten. Auch an der bisherigen Ausnahme für die Wahltarife nach Absatz 3 (besondere Versorgungsformen) wird festgehalten.

Für die Kündigung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse gilt § 175 Absatz 4. Vor Ablauf der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten (§ 175 Absatz 4 Satz 1) kann die Mitgliedschaft in der Krankenkasse daher durch eine ordentliche Kündigung nicht beendet werden, selbst wenn die Teilnahme am Wahltarif nach Ablauf der hierfür maßgeblichen Mindestbindungsfrist beendet ist. Gleichzeitig ist die Kündigung der Mitgliedschaft frühestens mit Ablauf der jeweiligen Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs zulässig. Sofern für den Wahltarif eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren einzuhalten ist, kann die Mitgliedschaft in der Krankenkasse damit regulär nicht vor Ablauf dieser Frist beendet werden. Allerdings kann – entgegen der bisherigen Regelung – das Sonderkündigungsrecht gemäß § 175 Absatz 4 Satz 5 bei Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags oder Verringerung der Prämienzahlung künftig auch dann ausgeübt werden, wenn ein Mitglied einen Wahltarif abgeschlossen hat. Bisher waren die Mitglieder trotz der Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags an ihre Krankenkasse für die Laufzeit des von ihnen gewählten Wahltarifs gebunden. Auch wird mit dieser Neuregelung sichergestellt, dass die Option für einen entsprechenden Wahltarif den Krankenkassenwettbewerb nicht unzulässig einschränkt. Von dem Sonderkündigungsrecht bleiben Mitglieder mit einem Wahltarif nach Absatz 6 (Krankengeld) ausgenommen im Hinblick auf die diese Tarife betreffenden Rechtsänderungen, die mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) vorgenommen wurden.

Zu Buchstabe c)

Das Verbot der Quersubventionierung der Wahltarife durch den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen wird nach geltender Rechtslage von den Aufsichtsbehörden überwacht. Nach geltender Rechtslage prüfen die Aufsichtsbehörden im Rahmen der Genehmigung des Wahltarifs auch die Tragfähigkeit der von der Krankenkasse vorgenommenen Kalkulation. Der neue Satz 3 in Absatz 9 sieht darüber hinaus vor, dass künftig die Einhaltung dieses Verbots auch nach versicherungsmathematischen Grundsätzen überwacht werden soll. Deshalb sollen die Krankenkassen der zuständigen Aufsichtsbehörde künftig mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorlegen müssen. Die Formulierung der Vorschrift orientiert sich an der Regelung in § 17 Versicherungsberichterstattungs-Verordnung (BerVersV). Die Prüfung hat durch versicherungsmathematische Sachverständige (Aktuare) zu erfolgen. Bei den Änderungen der Sätze 1 und 2 in Absatz 9 handelt es sich um redaktionelle Klarstellungen im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung der Wahltarife.

## **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 73b SGB V)

(Hausarztzentrierte Versorgung)

In Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a) wird der neue Absatz 5a wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die in Satz 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.“

b) In dem bisherigen Satz 4 wird die Angabe „31. Dezember 2012“ durch „30. Juni 2014“ ersetzt.

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung für Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 höhere Vergütungen als die in Satz 2 und 3 genannten Vergleichswerte vereinbart werden können, wenn diese höheren Aufwendungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Derartige Vereinbarungen sind mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 2 Satz 2) vereinbar. Ebenso wie für Leistungen nach Absatz 8 steht es den Vertragsparteien auch bei Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 5a frei, die höhere Vergütung z.B. als nachträgliche Bonuszahlungen bei Realisierung von Einsparungen zu vereinbaren. Maßgeblich ist, dass die vertraglichen Regelungen die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität sicherstellen. Dies ist z.B. dann gegeben, wenn vertraglich sichergestellt ist, dass die nachträglichen Bonuszahlungen nur bei



nachgewiesener Realisierung der Einsparungen ausgezahlt werden. Es ist Aufgabe der Aufsichtsbehörde, bei Vorlage des Vertrages zu prüfen, ob eine entsprechende vertragliche Sicherstellung vorliegt. Es obliegt ihr zudem, die Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen zu überwachen. Die Bundesregierung wird in einem kommenden Gesetzgebungsverfahren prüfen, welche Gesetzesänderungen im Bereich der Datenübermittlung erforderlich sind, um in geeigneter Form die Transparenz hinsichtlich etwaiger Einsparungen und Effizienzsteigerungen für beide Vertragspartner herzustellen.

Zu Buchstabe b

Durch die Verlängerung der Bestandsschutzregelung bei Anschlussverhandlungen wird sichergestellt, dass - wie im Koalitionsvertrag vorgesehen - nach drei Jahren eine Bewertung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung möglich ist, ohne dass das Ergebnis der Bewertung durch zwischenzeitliche Änderungen der für die hausarztzentrierte Versorgung maßgeblichen Regelungen erschwert wird. Die Verlängerung des Bestandsschutzes bis zum 30. Juni 2014 trägt dem Umstand Rechnung, dass zusätzlich zu den drei Jahren auch die Bewertung selbst einen gewissen Zeitrahmen erfordert.

## Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 85 SGB V)

(Begrenzung des Honoraranstiegs der Vertragszahnärzte; Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate)

Artikel 1 Nummer 6 wird wie folgt geändert:

1. In Buchstabe a wird Absatz 2d wie folgt gefasst:

„(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.“

2. In Buchstabe b wird Absatz 3f wie folgt gefasst:

„(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.“

Begründung:

Durch Buchstabe a und Buchstabe b wird in Bezug auf die vertragszahnärztlichen Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2011 vorgegeben, dass als Obergrenze für Punktwert- und Gesamtvergütungsveränderungen nicht die halbierte sondern die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird anstelle der halben die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das angestrebte Einsparziel im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

## Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 87d SGB V)

(vertragsärztliche Vergütung)

In Artikel 1 Nummer 8 wird § 87d wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „0,75“ durch die Angabe „1,25“ ersetzt.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ ein Komma eingefügt und die Wörter „nach § 87a Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden“ ersetzt.
  - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„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.“
  - cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „Früherkennungsmaßnahmen“ ein Komma sowie die Wörter „nichtärztliche Dialyseleistungen“ eingefügt.
  - dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„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 festgestellte Veränderungsrate nicht überschreiten soll."

Begründung:

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird die lineare Zuwachsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Jahren 2011 und 2012 auf 1,25 Prozent angehoben. Entsprechend erhöht sich in allen Kassenärztlichen Vereinigungen das für die Honorierung der vertragsärztlichen Regelleistungen zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Dies dient auch der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in denjenigen Regionen, die nicht von der asymmetrischen Zuwachsverteilung profitieren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Ausgabenbegrenzung alle Leistungen umfasst, die tatsächlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht vor, dass für das Jahr 2011 nicht die halbierte, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Anwendung findet. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Ergänzung der Ausnahmeregelung werden auch nichtärztliche Dialyseleistungen von der Regelung zur Ausgabenbegrenzung für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ausgenommen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Regelung sieht entsprechend der für das Jahr 2011 getroffenen Regelung auch für das Jahr 2012 vor, dass nicht die halbierte, sondern lediglich die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Anwendung findet. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

## **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 10b (§ 129 SGB V)

(Kostenerstattung im Rahmen der  
Arzneimittelversorgung)

Nach Artikel 1 Nummer 10a wird folgende Nummer 10b eingefügt:

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

Begründung:

Folgeänderung aus der Änderung der Regelung zur Kostenerstattung in § 13 Absatz 2 SGB V.

## **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 221b SGB V)

(Leistungen des Bundes für Aufwendungen nach § 26 Absatz 4 SGB II)

In Artikel 1 Nummer 16 wird § 221b Satz 3 wie folgt gefasst:

„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.“

### Begründung:

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Der Bundesagentur für Arbeit werden diese Aufwendungen, d. h. die erforderlich gewordenen Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Dies korrespondiert mit der schon im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung, dass die Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Mit der vorliegenden Änderung wird geregelt, dass die Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015, deren Höhe im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt wird, zusätzlich in voller Höhe auch die Zahlungen für Zusatzbeiträge beinhalten, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches gezahlt werden.

Der zusätzliche Zahlbetrag nach Satz 3 bemisst sich nach der vollen Höhe der im Vorjahr aus der Liquiditätsreserve aufbrachten Mittel sowohl für Bezieherinnen und Bezieher von

Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als auch für die an die Bundesagentur für Arbeit erstatteten Beträge zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit, angepasst um die Veränderungsrate des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Folgejahres gegenüber dem Vorjahr.

Außerdem handelt es sich um eine Folgeregelung zum Änderungsantrag bezüglich § 242 Absatz 4 Satz 1 (Klarstellung zu Sozialgeldempfängern).



## Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 242 SGB V) (Erhebung des kassenindividuellen, höchstens des durchschnittlichen Zusatzbeitrags und Kann-Regelung bei ALG II-Beziehern/ Klarstellung zu Sozialgeldempfängern/ Klarstellung Verspätungszuschlag)

Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

1. Die Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrages nach § 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."

2. In Absatz 6 Satz 1 wird nach den Worten „mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für“ das Wort „mindestens“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt, das Wort „einmaligen“ gestrichen und die Zahl „30“ durch die Zahl „20“ ersetzt.

#### Begründung:

Zu Nummer 1

Zu Absatz 4

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben wird. Dies wird dahingehend geändert, dass auch für diesen Personenkreis der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird, jedoch höchstens in der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Dadurch werden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen vermieden, da Krankenkassen, die keinen oder einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben, für diese Mitglieder nun nicht mehr einen Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages erhalten. Das Bundesversicherungsamt kann im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 252 Absatz 2a ein entsprechendes Verfahren zur Erstattung oder Verrechnung zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen bestimmen.

Damit korrespondiert eine weitere Änderung: Damit auch Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (für die der Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 aus Mitteln der Liquiditätsreserve übernommen wird) weiterhin einen finanziellen Anreiz haben, in eine kostengünstige Krankenkasse zu wechseln, ist zudem vorgesehen, dass die zuständige Krankenkasse in ihrer Satzung eine für diese Mitglieder einheitliche Regelung vorsehen kann, nach der die mögliche Differenz zwischen dem kassenindividuellen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von den genannten Mitgliedern einzufordern ist. Über die Regelung zum Einzug dieses Differenzbetrages entscheiden die Krankenkassen unter Berücksichtigung verwaltungsökonomischer Aspekte eigenständig. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Ferner wird folgende Klarstellung zum betroffenen Personenkreis vorgenommen: Im Gesetzentwurf sind bislang Personen nicht berücksichtigt, die Sozialgeld nach dem Zweiten

Buch erhalten und in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig- oder pflichtversichert sind. Das sind diejenigen nicht-erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind. Dieser Personenkreis ist wie Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches und kann den Zusatzbeitrag nicht selber tragen, da der Regelsatz den Zusatzbeitrag nicht umfasst. Es wird deshalb klargestellt, dass auch für diesen Personenkreis der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a erhoben und aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht wird. Damit wird eine Gleichbehandlung mit Arbeitslosengeld II-Bezieherinnen und -Beziehern sichergestellt.

#### Zu Absatz 5

Die bisherige Regelung wurde um einen Hinweis ergänzt, dass auch von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 8 keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Hierbei handelt es sich um behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die ein Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht. Insoweit erfolgt für diesen Personenkreis eine Gleichstellung mit behinderten Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (vgl. § 5 Absatz 1 Nummer 7). Für diese Personen sah das GKV-FinG bislang schon vor, dass für sie kein Zusatzbeitrag erhoben wird.

Darüber hinaus wurde die in Absatz 5 getroffene Regelung um eine Klarstellung dahingehend ergänzt, dass von den genannten Personenkreisen nur dann keine kassenindividuellen Zusatzbeiträge erhoben werden, soweit und solange sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Der Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen rechtfertigt auch für diese Personenkreise die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Bei den Mitgliedern, von denen nach Absatz 5 ein Zusatzbeitrag nicht erhoben wird, sind die dort genannten Leistungen im Rahmen der Durchführung des Sozialausgleichs nicht zu berücksichtigen; folglich sind insoweit die Träger dieser Leistungen von der Durchführung des Sozialausgleichs nicht betroffen. Die Regelung umfasst zudem nunmehr ausdrücklich auch die freiwilligen Mitglieder bei Erfüllung sonstiger Tatbestände des § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3.

#### Zu Nummer 2

Die Sanktionsregelung des Absatzes 6 wurde dahingehend ergänzt, dass ein Verspätungszuschlag zu erheben ist, wenn ein Mitglied insgesamt für jeweils sechs Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig ist. Die Regelung stellt klar, dass von diesem Sanktionsinstrument mehrfach Gebrauch gemacht werden kann, wenn das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen dauerhaft nicht nachkommt. Vor diesem Hintergrund wird die Mindesthöhe des Verspätungszuschlags auf 20 Euro gesenkt.

## Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 19 (§ 242b SGB V)

(Grundsicherung im Alter/ Meldungen des durchgeführten Sozialausgleichs an den Gesundheitsfonds/ Anpassung von Bemessungsgrundlagen an bestehendes Beitragsrecht/Klarstellung zur Sperrzeit)

In Artikel 1 Nummer 19 wird § 242b wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 3 wird aufgehoben.
  - bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflichtversicherter“ die Wörter “- mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 -“ eingefügt.
  - cc) Nach Satz 6 wird folgender Satz 7 eingefügt:  
„§ 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“
- b) In Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen und die Wörter "allgemeinen Beitragssatz nach § 241" durch die Wörter "für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz" ersetzt.
- c) In Absatz 6 werden die Wörter "nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches übernommen wird" durch die Wörter "die Leistungen nach dem dritten oder vierten Kapitel des Zwölften Buches beziehen" ersetzt.
- d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

"(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 bzw. von ihnen nachgefordert haben."

d) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 8.

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Der Bezug auf die Vorschrift des § 233, die den Eigenarten der Beschäftigungsverhältnisse in der Seefahrt Rechnung trägt, wurde gestrichen. Das gewünschte Ergebnis, auch beim Sozialausgleich ausschließlich auf die beitragspflichtigen Einnahmen von Seeleuten nach § 233 abzustellen, ist bereits durch die Vorschrift des § 28a Absatz 4a des Vierten Buches sichergestellt. Diese Norm sieht bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen eine monatliche Meldung des Arbeitgebers des rentenversicherungspflichtigen Entgelts vor, welches der für den Sozialausgleich maßgeblichen Durchschnittsheuer entspricht. Die entsprechende Änderung war auch in Absatz 2 nachzuvollziehen.

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 gelten die beitragsrechtlichen Regelungen für freiwillige Mitglieder entsprechend. So genannte Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen sind für freiwillige Mitglieder unabhängig von ihrer Höhe beitragspflichtig, eine Beitragsfreigrenze wie bei pflichtversicherten Mitgliedern existiert nicht. Ohne die vorgenommene Klarstellung würde die nicht gewünschte Folge eintreten, dass für diese Personengruppe für den Sozialausgleich andere Bemessungsgrundlagen gelten würden, als sie für die Beitragseinstufung zu berücksichtigen sind.

Mit dem Verweis auf § 232a Absatz 1 Satz 3 wird klargestellt, dass für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, die Arbeitslosengeld nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht, die Leistungen als bezogen gelten. Dadurch wird erreicht, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für den Sozialausgleich nicht auf 80, sondern auf 67 Prozent des der ruhenden Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgeltes abgestellt wird.

Damit wird eine Gleichbehandlung dieses Personenkreises mit Beziehern von Arbeitslosengeld sichergestellt.

Zu Buchstabe b)

Es wird klargestellt, dass der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil einer Einmalzahlung mit dem für das Mitglied jeweils geltenden Beitragssatz zu verbeitragen ist. Die Klarstellung ist erforderlich, da für bestimmte Mitglieder nicht der allgemeine Beitragssatz nach § 241, sondern der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 anzuwenden ist.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die Leistungen für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen nach § 42 Nummer 4 im vierten Kapitel des Zwölften Buches die Übernahme von Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 32 im dritten Kapitel des Zwölften Buches. Insoweit war schon mit der Formulierung des § 242b Absatz 6 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes beabsichtigt, dass nicht nur Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem dritten Kapitel, sondern auch von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel von der Regelung erfasst sind. Mit der vorliegenden Änderung wird dies redaktionell ausdrücklich klargestellt; auch für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem vierten Kapitel des Zwölften Buches wird kein Sozialausgleich durchgeführt, da die Zusatzbeiträge auch für diesen Personenkreis vom Sozialhilfeträger übernommen werden.

Zu Buchstabe d)

Das Bundesversicherungsamt benötigt für die Verwaltung des Gesundheitsfonds Mitteilungen darüber, um welchen Betrag die tatsächlich abgeführten Beiträge nach Durchführung des Sozialausgleichs von den Beiträgen abweichen, die ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wären. Diese Information ist insbesondere erforderlich, um die Höhe der Aufwendungen für den Sozialausgleich festzustellen, die nach § 271 Absatz 2 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu decken sind und für die der Bund nach § 221b ab dem Jahr 2015 Zahlungen an den Gesundheitsfonds leistet. Die entsprechenden Mitteilungen an das Bundesversicherungsamt sind von allen Stellen, die ggf. einen Sozialausgleich durchführen, zu erstellen. Bei der Rentenversicherung, der Künstlersozialkasse und der Bundesagentur für Arbeit kann eine direkte Meldung an das

Bundesversicherungsamt erfolgen, da auch die Beitragszahlung direkt an den Gesundheitsfonds erfolgt. Die Arbeitgeber sind von dieser Änderung nicht betroffen, denn für sie sind diese Meldungen bereits durch eine im Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes enthaltene Ergänzung des § 28f Absatz 3 SGB IV vorgesehen.

In den übrigen Fällen liegen die erforderlichen Informationen den Krankenkassen vor, die über eine Aufnahme in der entsprechenden Monatsabrechnung an das Bundesversicherungsamt weiterzuleiten sind. Es ist erforderlich, sowohl die nach Durchführung des Sozialausgleichs geminderten Beiträge als auch die nach Absatz 3 Satz 4 zusätzlich weitergeleiteten Beträge getrennt voneinander mitzuteilen.

Zudem erfolgen bei der Überprüfung nach Absatz 3 Satz 6, beim Antragsrecht nach Absatz 5 sowie nach Absatz 8 für das Jahr 2011 rückwirkende Erstattungen bzw. Nachforderungen im Rahmen des Sozialausgleichs durch die zuständige Krankenkasse. Die entsprechend durch die Krankenkassen im Verrechnungsverfahren geminderten oder erhöhten Beträge sind ebenfalls dem BVA mitzuteilen.

Zu Buchstabe e)

Redaktionelle Folgeänderung



## **Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 (§ 251 Absatz 6 SGB V):

(Aufbringung des Zusatzbeitrages bei ALG-II-Empfängern und im Falle des § 26 Absatz 4 SGB II)

Artikel 1 Nummer 21 wird wie folgt gefasst:

„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.“

### Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Zusatzbeitrag für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht wird. Mit dieser Änderung wird geregelt, dass dies auch für Mitglieder gilt, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden; für diese Mitglieder werden die Zusatzbeiträge also nur in der Höhe aus den Mitteln der Liquiditätsreserve aufgebracht, in der sie von der Bundesagentur für Arbeit tatsächlich gezahlt wurden.

Des Weiteren wird die Regelung, dass von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 8 keine Zusatzbeiträge erhoben werden, in dieser Vorschrift redaktionell nachvollzogen (vgl. § 242 Absatz 5).

Schließlich wird durch die Änderung klargestellt, dass sich die Aufbringung des Zusatzbeitrages für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve nach Satz 2 nur auf den in § 242 Absatz 4 Satz 1 genannten Betrag bezieht. Die Differenz, die eine Krankenkasse nach § 242 Absatz 4 Satz 2 von diesen Mitgliedern einheitlich erheben kann, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist, ist hingegen vom Mitglied allein zu tragen.

## Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 252 SGB V) (Zahlungen des Gesundheitsfonds im Falle des § 26 Absatz 4 SGB II / Reihenfolge Schuldentilgung/Klarstellung)

Artikel 1 Nummer 22 wird wie folgt gefasst:

„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 Fall 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 Fall des § 251 Absatz 6 Satz 4 erfolgt die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit.“

c) In Absatz 3 Satz 1 wird nach den Wörtern „den Zusatzbeitrag nach § 242,“ die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 241 Absatz 6,“ eingefügt.’

Begründung:

Zu Buchstabe a)

Entspricht der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge.

Zu Buchstabe b)

Zu Absatz 2a

Es handelt sich um eine Sondervorschrift in Verbindung mit § 242 Absatz 4. Als Folge der Änderung des § 242 Absatz 4 war auch diese Vorschrift gegenüber der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes entsprechend anzupassen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Gesundheitsfonds keine Beiträge eines Dritten an die Krankenkassen weiterleitet, da diese Beiträge aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Hierdurch wird zudem vermieden, dem Verfahren unnötig vorwegzugreifen, welches das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen näher bestimmen soll.

Zu Absatz 2b

§ 251 wird dahingehend geändert, dass die Zusatzbeiträge auch für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden, in der erforderlichen Höhe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, erfolgt 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; das Verfahren kann im Hinblick auf die Zahlung unter dem Gesichtspunkt der Verwaltungsvereinfachung auch eine pauschalierende Lösung vorsehen.

Zu Buchstabe c)

Der in § 242 Absatz 6 - neu - des Gesetzentwurfs vorgesehene Verspätungszuschlag muss in der in § 252 Absatz 3 getroffenen Regelung zur Tilgungsreihenfolge berücksichtigt werden. Da der Verspätungszuschlag im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zusatzbeiträgen steht und

für deren Zahlung von erheblicher Bedeutung ist, wird der Verspätungszuschlag in der Reihenfolge direkt hinter dem Zusatzbeitrag vorgesehen.

## **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 271 SGB V)

(Zahlungen für die Aufwendungen der BA nach § 26 Absatz 4 SGB II/ Klarstellung zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds/ redaktionelle Anpassung)

Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

1. In Doppelbuchstabe aa werden die Wörter „§ 251 Absatz 6 Satz 3“ durch die Wörter „§ 251 Absatz 6 Satz 2 und 4“ ersetzt.

2. Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:

„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.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, in Zukunft immer nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Mit dieser Änderung wird in diesem Zusammenhang geregelt, dass der Bundesagentur für Arbeit

diese Aufwendungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet werden. Dies korrespondiert mit der schon im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung, dass die Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu dem Änderungsantrag, der eine Neufassung des § 251 Absatz 6 vorsieht.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Klarstellung gegenüber dem § 271 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes. Danach sind der Liquiditätsreserve nicht die voraussichtlichen, sondern die tatsächlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds in der Höhe, um die sie die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überschreiten, zuzuführen, also der tatsächlich realisierte Überschreibungsbetrag. Die Einnahmen sind u.a. um die im Rahmen der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben zu bereinigen. Zuführungen zur Liquiditätsreserve, die ihrem Aufbau oder der Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds dienen, bleiben von der Regelung unberührt.

Diese Regelung hat Auswirkungen auf die Ermittlung der Zuweisungen an die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt für das Folgejahr jeweils bis zum 15. November eines Jahres. Nach § 40 Absatz 1 Nummer 1 RSAV sind die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen zu bereinigen, also neben den bereits nach derzeit geltendem Recht genannten Zwecken (s. § 271 Absatz 2 Satz 1 und 2, u.a. Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012) künftig auch um den Betrag, um den die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen überschreiten. In diesen Fällen ist das den Krankenkassen für ein Ausgleichsjahr zur Verfügung zu stellende Zuweisungsvolumen auf die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen begrenzt. Das Zuweisungsvolumen bleibt auch im Jahresausgleich unverändert (s. § 41 Absatz 2 Nummer 1 RSAV).

Da in diesen Fällen die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen das Zuweisungsvolumen bestimmen, muss dieser Wert bei der tatsächlichen Zuführung zur

Liquiditätsreserve den tatsächlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds bezogen auf dasselbe Ausgleichsjahr gegenübergestellt werden.

Die Regelung ist zu unterscheiden von § 242a SGB V, der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für das Folgejahr nicht auf die tatsächlichen, sondern auf die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds abstellt. Bei der Ermittlung der voraussichtlichen Einnahmen im Sinne des § 242a SGB V bleiben die im Hinblick auf die Durchführung des Sozialausgleichs erwarteten Verringerungen der Beiträge nach § 242b SGB V außer Betracht. Die für den Sozialausgleich erforderlichen Aufwendungen werden im jeweils laufenden Jahr vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt (§ 271 Absatz 2 Satz 1 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes). Bei der Bestimmung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags gemäß § 242a SGB V werden die voraussichtlichen Einnahmen nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Verfügung stehen. Insbesondere werden die Beträge abgezogen, die zum Aufbau der Liquiditätsreserve oder zur Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 benötigt werden.



## **Änderungsantrag 16**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 291a SGB V)

(Telematik: Ausnahme von der  
Verwaltungskostenbudgetierung)

In Artikel 1 Nummer 27 werden die Wörter „Satz 2 und 5“ durch die Wörter "Satz 2 und 6" ersetzt.

### Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Änderungsantrag 1 wegen der neuen Satzzählung.

## **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 2a - neu - § 26 SGB II

(Übernahme Zusatzbeiträge durch die BA)

Nach Artikel 2 wird folgender Artikel 2a eingefügt:

### **,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 ... (BGBl. I S. ...) 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.“

#### Begründung:

Da nach dem Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches aufgebracht wird, entfällt die bisher in Absatz 4 Satz 1 enthaltene Härtefallregelung für diesen Personenkreis.

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, in Zukunft immer von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Der Bundesagentur für Arbeit werden diese Aufwendungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

## **Änderungsantrag 18**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 28a SGB IV) (Meldegründe)

In Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe a wird Nummer 10 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,“.

### Begründung:

Die Ergänzungen in der Nummer 10 dienen folgenden Klarstellungen:

1. dass auch in den Monaten, in denen ein unständig Beschäftigter, der in der Regel ein Mehrfachbeschäftigter ist, nur einer Beschäftigung nachgeht, eine entsprechende Meldung zu erfolgen hat und
2. dass nur in den Fällen, in denen zur gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden, eine Meldepflicht eintritt, da dann ggf. ein Sozialausgleich durchzuführen wäre.

## **Änderungsantrag 19**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 4 Nummer 5 (§ 28o SGB IV)

(Auskunftspflichten des Beschäftigten)

In Artikel 4 Nummer 5 wird das Wort „sozialversicherungspflichtiger“ durch die Wörter „in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtiger“ ersetzt.

### Begründung:

Die Folgeänderung zur Anpassung in Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe a (§ 28a SGB IV) dient der Klarstellung, dass nur solche Einnahmen dem Arbeitgeber anzuzeigen sind, die zu einer in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtigen Einnahme führen.

## **Änderungsantrag 20**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040 -

Zu Artikel 5 (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch) (Lastenverteilung in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung)

Artikel 5 wird wie folgt gefasst:

### **„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.“

Begründung:

Zu Nummer 1

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eingeführte partielle Lastenverteilung zielt auf eine Verringerung der erheblichen Wettbewerbsverzerrungen bei den Beiträgen zur landwirtschaftlichen Unfallversicherung und damit auf eine Stärkung der innerlandwirtschaftlichen Solidarität ab. Dieses Element zur Reduzierung der Belastungsunterschiede würde in seiner Wirkung erheblich beeinträchtigt, wenn die Ausgleichsmittel auf alle rd. 1,4 Millionen Beitragszahler verteilt werden müssten. Der Gestaltungsspielraum der Satzung in § 183 Absatz 2 SGB VII lässt zwar eine Differenzierung zu. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit wird er jedoch vorsorglich dahingehend konkretisiert, dass das Umlageprinzip der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eine undifferenzierte Mittelverteilung nicht gebietet. Da in den Vorschriften für das Rechnungswesen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht eindeutig geregelt ist, ob es sich bei den Zahlungen zur Lastenverteilung um umlagewirksame Einnahmen oder Ausgaben handelt, wird ferner festgelegt, dass die Zahlungen bei der Umlage zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 2

Die Regelung entspricht inhaltlich der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-Finanzierungsgesetz.

## **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 7 Nummer 1 (Künstlersozialversicherungsgesetz (Meldung der Künstler-sozialkasse an das Bundesversicherungsamt)

Artikel 7 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

### Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Änderungsantrag, der sich auf § 242b SGB V bezieht. Die darin vorgesehene Neufassung des § 242b Absatz 7 SGB V regelt, dass die Stellen, die den Sozialausgleich durchführen, Meldungen über die Beiträge übermitteln müssen, die ohne die Durchführung des Sozialausgleichs abzuführen gewesen wären. Diese Information ermöglicht die Erfassung der Höhe der Aufwendungen für den Sozialausgleich. Da diese Meldung auch seitens der Künstlersozialkasse zu erfolgen hat, muss auf den entsprechenden Absatz auch im Künstlersozialversicherungsgesetz Bezug genommen werden. Der bisherige Absatz 7 in § 242b SGB V wird Absatz 8 - neu -, so dass dieser Verweis ebenfalls entsprechend angepasst wird.

**Änderungsantrag 22** (ersetzt Änderungsantrag 8, Ausschussdrucksache 17(14)0072 vom 5.10.2010)

der Fraktion der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 8 Nummer 1 bis 4 (§§ 4, 7, 10 und Anlage 1 Formblatt B2 KHEntgG)

(Erweiterung der Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag;  
Pflegerstellen-Förderprogramm;  
Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate;  
Technische Korrekturen beim Erlösabzug und der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts)

Artikel 8 wird wie folgt gefasst:

**„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 Bestätigung 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 <sup>2)</sup>“.

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.’

### Begründung

Zu Nummer 1 (§ 4 KHEntgG)

Mit Nummer 1 Buchstabe a erfolgt eine Änderung hinsichtlich der Ermittlung des Erlösbudgets. Es wird festgelegt, dass und Zu- und Abschläge – entsprechend der Abgrenzung des Erlösbudgets in § 4 Absatz 1 Satz 2 – nicht Bestandteile des Erlösbudgets sind.

Durch die mit Nummer 1 Buchstabe a erfolgende Aufhebung der durch Absatz 2 Satz 3 bislang vorgegebenen Verminderung des Erlösbudgets um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung wird klargestellt, dass das Erlösbudget Art und Anzahl einzelner Fallpauschalen und Zusatzentgelte umfasst, nicht aber Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 7. Damit wird die in § 4 Absatz 1 enthaltene entsprechende Definition des zu vereinbarenden Erlösbudgets und der nicht umfassten Vergütungen durchgehend umgesetzt.

Da sich die für Zwecke des Erlösausgleichs nach Absatz 3 Satz 2 zu ermittelnden tatsächlichen Ist-Erlöse ebenfalls auf die Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelte und nicht auf Zu- und Abschläge beziehen, stimmt die inhaltliche Abgrenzung des vereinbarten Erlösbudgets und der Ist-Erlöse überein. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 7 haben damit keinen Einfluss auf die Entstehung von Erlösausgleichen nach § 4 Absatz 3.

Durch Buchstabe b werden in Absatz 2a Satz 3 die Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag erweitert. Als konkrete Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag sieht Absatz 2a Satz 3 bisher Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln vor. Dies trifft auf die meisten Zusatzentgelte zu. Durch die Erweiterung werden zudem auch Leistungszuwächse durch zusätzliche Krankenhauskapazitäten (z. B. Ansiedlung einer neuen Fachabteilung) ausgenommen, die durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründet sind. Sofern der Mehrleistungsabschlag in Einzelfällen zu nicht zumutbaren Härten führen würde, insbesondere weil die Finanzierung einzelner Leistungsbereiche ansonsten gefährdet wäre oder Versorgungsprobleme entstünden (z. B. bei Transplantationen oder der Versorgung von Schwerbrandverletzten), wird zudem den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit eröffnet, Ausnahmen für einzelne Leistungen zu vereinbaren.

In den Berichten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 4 Absatz 10 Satz 12 KHEntgG soll die Umsetzung des Pflegestellten-Förderprogramms dargestellt werden. In dem Bericht zum ersten Förderjahr konnten keine Aussagen zum Ausgangspersonalbestand am 30.06.2008 und zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2009 getroffen werden, weil es an den entsprechenden Informationen fehlte. Auch eine Differenzierung der Neueinstellungen nach Voll- und Teilzeitkräften war nicht möglich. Für eine transparente Berichterstattung über die Umsetzung des Pflegestellten-Förderprogramms ist es notwendig, die durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten konkreter festzulegen, so dass durch die Änderung des Buchstaben c (§ 4 Absatz 10 Satz 11) sowohl die Ausgangsbasis vor Einführung des Förderprogramms als auch dessen Wirkungen besser abgebildet werden können.

#### Zu Nummer 2 (§ 7 KHEntgG)

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a, den Zu- oder Abschlag bei Konvergenz von besonderen Einrichtungen nach § 4 Absatz 7 und um den krankenhausindividuellen Zuschlag für das Förderprogramm Pflege nach § 4 Absatz 10 ergänzt.

#### Zu Nummer 3 (§ 10 KHEntgG)

Buchstabe a stellt klar, dass die Verhandlung des Landesbasisfallwerts auf der Erlössumme für Fallpauschalen nach § 10 Absatz 1 Satz 2 aufsetzt, die nicht durch Zu- oder Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 verändert ist. Da die Erlössumme für Fallpauschalen somit weder um Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung noch um Mehrleistungsabschläge vermindert ist, besteht kein sachlicher Grund einer erhöhenden Berücksichtigung von Abschlägen nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7. Die Vorschrift wird daher durch Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb aufgehoben.

Durch Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c wird vorgegeben, dass für das Jahr 2011 als Obergrenze für den DRG-Preiszuwachs im akutstationären Bereich und die Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, nicht eine halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate, somit ein Wert von 0,9% Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird eine um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das Einsparziel im Krankenhausbereich durch Begrenzung der Preiszuwächse in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt und kommt den Krankenhäusern zugute. Auch Krankenhäuser, die keine Leistungszuwächse verzeichnen, werden damit in die Lage versetzt, Kostensteigerungen besser zu refinanzieren.

#### Zu Nummer 4 (Anlage 1 Formblatt B2)

Die Buchstaben a bis c sind redaktionelle Folgeänderungen zur Aufhebung von § 4 Absatz 2 Satz 3.

## **Änderungsantrag 23**

der Fraktion der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 10 Nummer 1 und 2 (§ 6 BPfIV)

(Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate)

Artikel 10 wird wie folgt gefasst:

### **„Artikel 10**

#### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

§ 6 der Bundespflegesatzverordnung 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.’

#### Begründung

Durch die Nummern 1 und 2 wird vorgegeben, dass für das Jahr 2011 als Obergrenze für den Anstieg der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

und für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Tariflohnrefinanzierung nicht eine halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate, somit ein Wert von 0,9% Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird eine um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das Einsparziel im Krankenhausbereich in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt und kommt den Krankenhäusern zugute. Auch Krankenhäuser, die keine Leistungszuwächse verzeichnen, werden damit in die Lage versetzt, Kostensteigerungen besser zu refinanzieren.

## **Änderungsantrag 24**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 11 (§ 11b DEÜV)

(redaktionelle Korrektur zur Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Artikel 11 wird wie folgt geändert:

- a) Im Eingangssatz werden nach der Angabe „§ 11a“ die Wörter „wird in“ gestrichen.
- b) In § 11b Satz 2 wird die Angabe „§ 28“ durch die Angabe „§ 28a“ ersetzt.

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Buchstabe b

In Anlehnung an Satz 1 der Vorschrift wird ein Verweisfehler korrigiert.

## Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

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

- Drs. 17/3040 -

Zu Artikel 14 Nummer 3 Buchstabe a (§ 40 RSVO)

(Folgeänderung zur Regelung in § 28q Absatz 1a SGB IV)

Artikel 14 Nummer 3 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,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.'

### Begründung:

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des Doppelbuchstaben bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a des Dritten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) wurde §



28q SGB IV zum 1.1.2011 um einen Absatz 1a ergänzt, nach dem den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit die im Zusammenhang mit der Prüfung bei den Einzugsstellen für das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entstehenden Kosten aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds zu erstatten sind. Um diese Kosten sind die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds im Rahmen des § 40 RSAV zu bereinigen, da sie für die Zuweisungen an die Krankenkassen nicht zur Verfügung stehen.

## **Änderungsantrag 26**

der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)

- Drs. – 17/3040

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

(Inkrafttreten)

Artikel 15 wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

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

2. Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

### Begründung:

Sowohl das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) als auch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) ändern den § 13 Absatz 2 SGB V, in dem die Kostenerstattung geregelt ist. Um Kollisionen zwischen beiden Regelungsbefehlen zu vermeiden, wird das Inkrafttreten der Regelung zur Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V) und der Regelungen, die darauf verweisen, im GKV-FinG um einen Tag verschoben. Die Regelung nimmt dabei die Regelungen des AMNOG mit auf. Damit tritt am 2. Januar 2011 eine konsolidierte Fassung des § 13 Absatz 2 SGB V in Kraft, die sowohl die Regelungen des AMNOG als auch die Regelungen des GKV-FinG beinhaltet.

Das ebenfalls um einen Tag verschobene Inkrafttreten der Änderungen des § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V betrifft Verweisungen auf die Regelung in § 13 Absatz 2 SGB V, die auf Grund der dort vorgenommenen Änderungen ebenfalls angepasst werden müssen.