

GKV-Finanzierungsgesetz (Stand: Dritte Lesung)

SGB V

- Mit Ablauf der befristeten Beitragssatzsenkung (um 0,6%-Punkte) im Rahmen des Konjunkturpaketes II steigt der paritätische Beitragssatz ab 2011 wieder auf 14,6%. Der allgemeine Beitragssatz von 15,5% (= paritätischer Beitragssatz plus 0,9% Sonderbeitrag der Mitglieder) wird gesetzlich festgeschrieben (der ArbGeb-Anteil wird damit bei 7,3% eingefroren – der ArbN-Anteil beträgt 8,2%) und der gesetzliche Anpassungszwang für die einkommensabhängigen Beitragssätze bei Unterdeckung des Gesundheitsfonds (unter 95%) wird aufgehoben. Der ermäßigte Beitragssatz wird auf 14,9% festgelegt.
- Nicht durch die Einnahmeentwicklung gedeckte Ausgabensteigerungen werden zukünftig alleine über einkommensunabhängige, kassenindividuelle Zusatzbeiträge (feste Euro-Beträge = Kopfpauschale) der Mitglieder finanziert. Die bisherige Option prozentualer Zusatzbeiträge entfällt. – Kein Zusatzbeitrag wird erhoben von Empfängern (soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen) von Kg, Versorgungs-Kg oder Ügg, Verletztengeld sowie Muschg oder Elterngeld und vergleichbarer Entgeltersatzleistungen; ausgenommen sind auch Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Wehr- und Zivildienstleistende, Versicherte im Freiwilligen Sozialen bzw. Ökologischen Jahr sowie Auszubildende mit einem Entgelt bis zu 325 EUR monatlich (gilt auch, wenn diese Grenze durch eine Einmalzahlung überschritten wird) oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung.
- Das BMG gibt jeden Herbst (spätestens bis 1. November, 2011: am 3. Januar) den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr bekannt; es berücksichtigt dabei die Prognose des Schätzerkreises (von jeweils Mitte Oktober), der die Einnahmen des Gesundheitsfonds (soweit sie für die Zuweisungen an die KKn zur Verfügung stehen – also insbesondere ohne die Beträge, die nach 2012 zum Aufbau der Liquiditätsreserve oder zur Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer Monatsausgabe benötigt werden) und die Ausgaben der GKV für das Folgejahr schätzt. Die Betragsdifferenz wird durch die voraussichtliche Zahl der GKV-Mitglieder und durch die Zahl 12 geteilt. Der monatliche Zusatzbeitrag ist prospektiv zu ermitteln. Eine unterjährige Anpassung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags oder eine nachträgliche Korrektur des tatsächlich durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitrags im abgelaufenen Kalenderjahr findet nicht statt.
- Übersteigt die kassendurchschnittliche Kopfpauschale 2% der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen (= Belastungsgrenze für den Sozialausgleich), greift ein finanzieller Ausgleich. Perspektivisch soll geprüft werden, ob und wie für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (also sämtliche Einnahmen) und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden kann. In den Jahren 2011 bis 2014 wird der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (nach 2012: mindestens 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Fonds) gedeckt – ab dem Jahr 2015 wird der Sozialausgleich aus zusätzlichen Bundesmitteln (über die bisherigen Bundeszuschüsse nach §§ 221, 221a SGB V hinaus) finanziert; die Höhe der zusätzlichen Bundesmittel wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.
- Der Sozialausgleich (orientiert an der durchschnittlichen und nicht an der kassenindividuellen Kopfpauschale) wird für ArbN und Rentner direkt über die ArbGeb bzw. RV-Träger umgesetzt, indem der einkommensabhängige Beitrag um die jeweilige Überlastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag (bis auf Null) reduziert wird. Die individuelle Verringerung des monatlichen Mitgliedsbeitrags durch den Sozialausgleich erhöht nicht die Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen (z.B. ALG, Kg, Muschg) oder anderer Leistungen. Versorgungsbezüge (z.B. bAV) und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit (beides sind beitragspflichtige Einnahmen) werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter nur berücksichtigt, wenn sie die Beitragsfreigrenze (1/20 der monatlichen Bezugsgröße) übersteigen. – Bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen teilt die KK der beitragsabführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Mitgliedsbeitrag abzuführen ist. Bei Beziehern einer gesetzlichen Rente führt immer der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durch, soweit die Höhe der Rentenzahlung 260 EUR übersteigt. Den weiteren Beitrag abführenden Stellen hat die KK mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze ergibt. Zudem führt die KK eine Überprüfung des über das Jahr geleisteten Sozialausgleichs durch (Jahresabschlussprüfung) und erstattet dem Mitglied evtl. zuviel gezahlte Beiträge. – Für Selbstzahler, wie z.B. freiwillig versicherte Mitglieder, wird der Sozialausgleich von der zuständigen KK durchgeführt, d.h., die KK reduziert die Beitragsforderungen an das Mitglied in originärer Zuständigkeit. – Zuständig für die Durchführung des Sozialausgleichs ist die KK auch dann, wenn ein ArbN aufgrund mehrerer geringfügiger Beschäftigungen in der so genannten Gleitzone (400,01 EUR bis 800 EUR) versicherungspflichtig ist. Die KK hat in diesen Fällen den Beitragssatz durch die Anwendung der Gleitzoneformel und unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs zu berechnen und den ArbGebn mitzuteilen. – Für unständig Beschäftigte führt der ArbGeb immer den allgemeinen Beitragssatz ohne Anwendung des Sozialausgleichs ab; diese ArbN müssen die Durchführung eines evtl. Sozialausgleichs bei der KK beantragen. – Mitglieder, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach SGB XII beziehen, haben in Folge dessen keinen Anspruch auf Sozialausgleich. – Ein ggf. bereits im Jahre 2011 notwendiger Sozialausgleich ist zum 30.06.2012 von der KK durchzuführen.
- Für ALG-II- und Sozialgeld-Bezieher wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, jedoch höchstens in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, erhoben; dieser Zusatzbeitrag wird aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Die KKn können per Satzung eine einheitliche Regelung vorsehen, nach der ein möglicher Differenzbetrag zwischen dem (höheren) kassenindividuellen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag vom ALG-II- bzw. Sozialgeld-Bezieher einzufordern ist. Die Liquiditätsreserve wird ab 2015 durch zusätzliche Sozialausgleichsmittel des Bundes gespeist, die lt. § 221b in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge für ALG-II- bzw. Sozialgeld-

Bezieher wie auch für Personen, die alleine durch die Zahlung des Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden und deren Zusatzbeitrag insoweit von der BA übernommen wird, enthalten (die BA erhält die Aufwendungen aus der Liquiditätsrücklage des Gesundheitsfonds erstattet). – Für Bezieher von ALG (auch bei Ruhen des Anspruchs wegen Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung) gelten die allgemeinen Regeln, d.h. sie zahlen den kassenindividuellen Zusatzbeitrag und erhalten bei Überforderung einen Sozialausgleich durch die BA; zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden 67% des dem ALG zugrundeliegenden Arbeitsentgelts herangezogen. Da ALG-Bezieher keinen eigenen Beitragsanteil zahlen, der entsprechend verringert werden kann (die BA entrichten den vollständigen Beitrag auf Basis von 80% des Bemessungsentgelts), erhalten sie von der BA eine zusätzliche Zahlung in Höhe des Überforderungsbetrages und die BA nimmt eine entsprechende Verringerung des KK-Beitrags vor. – Bei Kug-Beziehern gelten als beitragspflichtige Einnahmen 67% des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt; dies berührt allerdings nicht die Berücksichtigung weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei der Durchführung des Sozialausgleichs. Für Kug wird der Sozialausgleich vom ArbGeb durchgeführt. – Für Bezieher von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung) werden die Zusatzbeiträge vom Träger übernommen.

- Mitglieder, die für jeweils 6 Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig sind, haben einen besonderen Säumniszuschlag zu leisten (mindestens 20 EUR und höchstens in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge). Von dem Sanktionsinstrument kann mehrfach Gebrauch gemacht werden, wenn das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen dauerhaft nicht nachkommt. Mitglieder, die den besonderen Säumniszuschlag zu zahlen haben, haben bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Säumniszuschlags keinen Anspruch auf Sozialausgleich – es sei denn, dass eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung mit der KK getroffen wurde und die Raten vereinbarungsgemäß gezahlt werden. Die KK teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angabe von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.
- Versicherte können, wie bislang bereits, anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen; Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die KK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte – abzüglich eines Abschlags für die zusätzlichen Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5% des Erstattungsbetrages. Die erforderliche Beratung des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten hinsichtlich der Kostentragung jenseits des Erstattungsbetrages muss dieser nicht mehr schriftlich bestätigen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr (bisher: mindestens ein Jahr) gebunden.
- Der Wechsel von der GKV in die PKV ist künftig (bereits zum Jahresbeginn 2011, da diese Regelung rückwirkend zum 31.12.2010 in Kraft tritt) wieder nach einmaligem (bisher: dreimaligem) Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich. Mit dieser Regelung wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt. – Berufsanfänger mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (sowie Personen, die erstmals im Inland eine Beschäftigung aufnehmen oder wegen der Neuregelung zum Ende des Jahres 2010 aus der GKV-Versicherungspflicht ausscheiden) erhalten innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsaufnahme ein Beitrittsrecht zur GKV. – Bislang besteht eine Befreiungsmöglichkeit bisher privat Krankenversicherter von der Versicherungspflicht in der GKV bei Wechsel in Teilzeit nur dann, wenn unmittelbar vorher mindestens fünf Jahre Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. Künftig gilt dies auch für bislang Privatversicherte, bei denen diese „Unmittelbarkeit“ wegen des Bezugs von Erziehungs-/Elterngeld oder nach einer Eltern- oder Pflegezeit nicht gegeben ist, und die im Anschluss daran eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen/weiterführen, die als Vollzeitbeschäftigung den Eintritt von Versicherungsfreiheit zur Folge hätte. Die Befreiung kann in solchen Fällen nicht widerrufen werden, gilt also für die gesamte Dauer einer solchen Teilzeitbeschäftigung.
- Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife (die auch einen evtl. Kassenwechsel – Mindestbindungsfrist: 18 Monate – verhindert) von bisher grundsätzlich drei Jahren wird für drei Tarifgruppen auf ein Jahr reduziert (gilt für Prämienzahlung (Bonus bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen), Tarife für Kostenerstattung, Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen). Zudem kann das Sonderkündigungsrecht des Mitglieds (z.B. bei Erhebung/Erhöhung eines Zusatzbeitrags) künftig (anders als bisher) auch dann ausgeübt werden, wenn die Mindestbindungsfrist eines Wahltarifs noch nicht erreicht ist.
- Die Netto-Verwaltungskosten der GKV je Versicherten werden in den Jahren 2011 und 2012 auf die Höhe des Jahres 2010 begrenzt (eingefroren). Ausnahmen: Kosten der Sozialversicherungswahlen 2011 (im Falle einer Urwahl) sowie unabweisbarer Mehrbedarf infolge gesetzlich neu zugewiesener Aufgaben (z.B. Festlegung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen (AMNOG) oder Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Sozialausgleichs und des Säumnisverfahrens). Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben richtet sich anteilig nach der Versichertenanzahl und der Morbidität der Versicherten einer KK. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, müssen entsprechende Änderungen der Zahl der Versicherten einer KK und der Morbidität ihrer Versicherten bei der Ermittlung der zulässigen Verwaltungsausgaben einer KK Berücksichtigung finden. – Bei KK'n, die bis Ende 2011 nicht an mindestens 10% ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben, werden die Verwaltungsausgaben 2012 gegenüber 2010 um 2% gekürzt.
- Mehrleistungen der Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr werden mit einem Abschlag belegt, der im Jahre 2011 30% beträgt und in den Folgejahren vertraglich zu vereinbaren ist.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen sowie für die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 nur in Höhe der um 0,25%-Punkte bzw. um 0,5%-Punkte verminderten (bisher: vollen) Grundlohnrate wachsen.
- Durch verschiedene Regelungen wird der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sog. extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt (für die in diesen Verträgen zu vereinbarenden Vergütung wird ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität vorgeschrieben).

- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 höchstens um die um 0,25%-Punkte bzw. um 0,5%-Punkte verminderte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

SGB II

- Auch für Personen, die alleine wegen der Zahlung des (durchschnittlichen) Zusatzbeitrages zur GKV hilfebedürftig würden, zahlt die BA den Zusatzbeitrag in der erforderlichen (Hilfebedürftigkeit gerade vermeidenden) Höhe. Die Aufwendungen hierfür erhält die BA – ebenso wie die entsprechenden Aufwendungen für die ALG-II-Bezieher – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.