
TOP 11:

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG)

Drucksache: 151/14

I. Zum Inhalt des Gesetzentwurfes

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung hat im Wesentlichen Regelungen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, zur Einrichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie zur Rechtsvereinfachung beim Kranken- und Pflegeversicherungsschutz von Arbeitslosengeld II Beziehenden zum Gegenstand.

Im Einzelnen:

1. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesetzentwurf sieht vor, den allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent zu senken. Dabei soll der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben bleiben, während der zusätzliche Beitragssatzteil in Höhe von 0,9 Prozent, der von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern allein zu tragen ist, abgeschafft werden soll. Dies bedeutet für diesen Personenkreis eine Beitragssenkung von 8,2 Prozent auf 7,3 Prozent und voraussichtliche Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von circa 11 Milliarden Euro.

Eine Kompensation wird durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge ermöglicht. Dem Gesetzentwurf liegt die Annahme zu Grunde, dass perspektivisch die jährlichen Ausgaben die jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds übersteigen und Zusatzbeiträge insofern ein etabliertes Instrument der Finanzierung werden, während sie in der Vergangenheit ein Einzelfall waren, der zu massiven Mitgliederverlusten und damit einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs führte.

Die Krankenkassen sollen den Zusatzbeitrag zukünftig als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen erheben. Dies soll im Wege des Quellenabzugs von den beitragsabführenden Stellen erfolgen, im Gegensatz zum einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag, der von den Mitgliedern separat zu zahlen war.

Da die Krankenkassen über unterschiedliche Mitgliederstrukturen verfügen, soll gleichzeitig ein Einkommensausgleich durchgeführt werden. Dieser zielt darauf ab zu verhindern, dass es zu Risikoselektionen und Wettbewerbsverzerrungen kommt. Denn eine Krankenkasse mit vielen Mitgliedern mit überdurchschnittlichen Einkommen müsste unabhängig von Qualität und Wirtschaftlichkeit keinen oder einen geringeren Zusatzbeitrag erheben als eine Krankenkasse mit einer in dieser Hinsicht ungünstigeren Mitgliederstruktur.

Auf diese Weise ist vorgesehen, dass der Solidarausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet. Der mit dem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag verbundene steuerfinanzierte - bisher mangels Erfordernis noch nicht praktisch gewordene - Sozialausgleich soll daher abgeschafft werden.

Bestehen bleiben das Sonderkündigungsrecht der Mitglieder bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags und die entsprechende Hinweispflicht der Krankenkassen.

Die Möglichkeit, eine Prämienzahlung vorzunehmen, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf der Krankenkasse übersteigen, soll zukünftig nicht mehr gegeben sein.

2. Dauerhafte Einrichtung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Bisher bestimmt das Gesetz nur die befristete Beauftragung einer Institution, die nach europaweiter Ausschreibung den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung unterstützt. Der Gesetzentwurf sieht demgegenüber die Verpflichtung des G-BA vor, ein dauerhaftes, fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Zur Begründung wird in Bezug auf das aktuelle Modell auf den Verwaltungsaufwand sowie die Gefahr von Kompetenzverlust und eingespielter Zusammenarbeit verwiesen.

Aufgabe des Institutes soll es sein, im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität zu arbeiten. Dadurch sollen dem G-BA die notwendigen Entscheidungsgrundlagen für die von ihm zu gestaltenden Maßnahmen geliefert werden. Insgesamt ist das Aufgabenfeld im Vergleich zur Vorgängervorschrift weiter gefasst und gesetzlich geregelte Sachverhalte, in denen der G-BA das Institut beauftragen soll, werden in nicht abschließender Aufzählung genannt. So kommen zu den bisher geregelten Aufgaben weitere zur Förderung der Qualitätsorientierung der Versorgung hinzu:

- die Entwicklung von Modulen der Patientenbefragung,
- die allgemeinverständliche Information im Internet durch einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung,
- Untersuchung der Qualität ausgewählter Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung auf der Basis von sogenannten Routinedaten der Krankenkassen sowie
- die Herstellung von Transparenz über die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln.

Auch die Organisationen, die den G-BA bilden, die unparteiischen Mitglieder des G-BA, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sollen das Recht erhalten, beim G-BA die Auftragserteilung an das Institut zu beantragen. Das Institut soll im Rahmen seines Aufgabenfeldes jedoch auch ohne Beauftragung tätig werden dürfen.

Es ist darüber hinaus vorgesehen, den Kreis der fachlich betroffenen Organisationen und Institutionen, die das Institut bei seiner Arbeit zu beteiligen hat, unter anderem um eine Vertretung der Länder zu erweitern.

3. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sieht der Gesetzentwurf - jeweils beziehungsweise auf den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt zum Jahresausgleich 2009 mit Datum vom 22. Juni 2011 - Sonderregelungen beim Krankengeld und für Auslandsversicherte sowie die Erteilung von Gutachtenaufträgen vor.

So wird auf die Feststellung verwiesen, im Vergleich der Zielgenauigkeit der Zuweisungen blieben die standardisierten Krankengeldausgaben deutlich hinter den übrigen Zuweisungen zurück. Bis aufgrund weiterer Forschung ein besseres Modell entwickelt worden ist, kann das bisherige Verfahren daher zukünftig um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für Krankengeld berücksichtigt.

Aufgrund einer festgestellten Überdeckung bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte, sollen die Zuweisungen auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diesen Personenkreis begrenzt werden.

Das Bundesversicherungsamt soll flankierend verpflichtet werden, Gutachten in Auftrag zu geben, um Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Krankengeldausgaben sowie für Auslandsversicherte zu entwickeln. Die genannten Sonderregelungen erhalten insoweit den Charakter von Übergangslösungen.

4. Vereinfachung der gesetzlichen Regelungen zum Kranken- und Pflegeversicherungsschutz von Arbeitslosengeld II Beziehenden

Ab 2016 soll durch Einführung eines einheitlichen Versicherungsstatus und eines pauschalierten Beitrags eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung beim Kranken- und Pflegeversicherungsschutz von Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II erreicht werden. So ist vorgesehen, die Vorrangigkeit der Familienversicherung und damit den entsprechenden Prüfaufwand bei Jobcentern und Krankenkassen zu beseitigen. Nicht mehr zu prüfen soll außerdem sein, ob weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden und Arbeitslosengeld II nur für einen Teil des Monats bezogen wird.

II. Empfehlungen der Ausschüsse

Der **federführende Gesundheitsausschuss** spricht sich dafür aus, die Regelung über die Einrichtung eines Qualitätsinstituts (§ 137a SGB V) mit dem Ziel einer größeren Länderbeteiligung um folgende Punkte zu ergänzen:

1. Übermittlung der vorgesehenen vergleichenden Übersichten über die Qualität der Krankenhäuser unverzüglich nach ihrer Erstellung auch an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden,

2. Entwicklung von Methoden und Indikatoren zur Qualität der Leistungen von Krankenhäusern durch das neue Institut für eine qualitätsbezogene Krankenhausplanung,
3. Antragsrecht für zwei von der Gesundheitsministerkonferenz zu benennende Vertreter der Länder gegenüber dem G-BA, das Qualitätsinstitut zu beauftragen,
4. Berechtigung der Länder, das Qualitätsinstitut unmittelbar zu beauftragen, sofern das auftraggebende Land die Finanzierung übernimmt,
5. Übermittlung der Ergebnisse von Arbeiten des Instituts, mit denen sich dieses ohne Auftrag befasst hat, auch an die Länder, soweit die Krankenhausplanung betroffen ist, sowie
6. Beteiligung aller Länder an der Entwicklung der Inhalte beziehungsweise Aufgabengebiete des Instituts, soweit die Krankenhausplanung betroffen ist.

Außerdem soll den Ländern im G-BA ein Mitberatungsrecht über die Richtlinien zur Qualitätssicherung eingeräumt werden (§ 92 Absatz 7e SGB V), da diese vielfach in Länderzuständigkeiten wie beispielsweise die Krankenhausplanung eingriffen. Bei den Inhalten beziehungsweise den Aufgaben des Instituts soll teilweise zusätzlich eine Risikoadjustierung vorgesehen werden.

Die unter Nummer 5 und 6 genannten Empfehlungen werden auch vom **Ausschuss für Agrarpolitik und Verbraucherschutz** unterstützt. Im Unterschied zur unter Nummer 3 genannten Empfehlung spricht sich der **Ausschuss für Agrarpolitik und Verbraucherschutz** für ein Antragsrecht aller Länder aus, aber nur soweit die Krankenhausplanung betroffen ist.

Der **federführende Gesundheitsausschuss** empfiehlt weiter, den Gesetzentwurf um folgende Regelungen zu ergänzen:

- Einfügung einer Öffnungsklausel für die Vereinbarung abweichender Regelungen zum Zahlungsweg bei Zuzahlungen zu stationären Behandlungen (§ 43b Absatz 3 Satz 11 - neu - SGB V),

- Festlegung hinsichtlich des Fortbestands der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, wenn nach dem Ende einer ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit die Folgebescheinigung wegen derselben Krankheit erst am nächsten Werktag ausgestellt wird (§ 192 Absatz 3 - neu - SGB V),
- Aufhebung des freiwilligen Schlichtungsverfahrens auf Landesebene, das nach § 17c Absatz 4 KHG im Anschluss an die Prüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V vorgesehen ist, sowie der obligatorischen Schlichtung bei Forderungen von nicht mehr als 2 000 Euro.

Zudem appelliert der **federführende Gesundheitsausschuss**, mittelfristig auf eine paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung hinzuwirken sowie bereits im weiteren Gesetzgebungsverfahren einen Mechanismus einzuführen, der ein zu starkes Auseinanderdriften von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag verhindert.

Der Ausschuss für **Arbeit und Sozialpolitik**, der **Finanzausschuss**, der **Ausschuss für Innere Angelegenheiten** und der **Wirtschaftsausschuss** empfehlen, gegen den Gesetzentwurf keine Einwendungen zu erheben.