
TOP 6:

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

Drucksache: 265/14

I. Zum Inhalt des Gesetzes

Das Gesetz 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

Das Gesetz 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 Gesetz 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

Das Gesetz sieht die Verpflichtung des Gemeinsame Bundesausschusses (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. Ins-

gesamt 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 Routine-daten 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 das Gesetz - jeweils beziehend 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. Zum Gang der Beratungen

Der Bundesrat hat in seiner 922. Sitzung am 23. Mai 2014 im ersten Durchgang zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen (vgl. BR-Drucksache 151/14 (Beschluss)).

Die Änderungsvorschläge des Bundesrates betreffen im Wesentlichen die Regelung über die Einrichtung eines Qualitätsinstituts. Ziel ist, die Länder in stärkerem Maße zu beteiligen.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung den Änderungsvorschlägen des Bundesrates zum Teil nicht zugestimmt, in einigen Fällen aber eine Prüfung der Petita zugesagt (vgl. BT-Drucksache 18/1579).

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf in seiner Sitzung am 5. Juni 2014 auf Grundlage der Beschlussempfehlung des federführenden Gesundheitsausschusses (vgl. BT-Drucksache 18/1657) abschließend beraten und insbesondere mit folgenden Ergänzungen beschlossen:

- Die Fördersumme für die Unabhängige Patientenberatung wird von 5,6 Millionen Euro in 2015 auf 9 Millionen Euro ab 2016 erhöht.
- Hebammen, die wegen geringer Geburtenzahlen und hoher Haftpflichtprämien ansonsten finanziell überfordert wären, erhalten einen Sicherstellungszuschlag von der gesetzlichen Krankenversicherung, der mit bestimmten Qualitätsanforderungen verknüpft ist. Außerdem ist die Vereinbarung eines generellen Zuschlags für bestimmte Geburten für den Zeitraum von einem Jahr ab Juli 2014 vorgesehen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, eine Übersicht zu den Zusatzbeitragssätzen aller Krankenkassen zu erstellen, zu pflegen und im Internet zu veröffentlichen, um eine transparente Vergleichsmöglichkeit zu schaffen.

III. Empfehlungen des Gesundheitsausschusses

Der Ausschuss empfiehlt dem Bundesrat, einen Antrag auf Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

Darüber hinaus empfiehlt der Ausschuss dem Bundesrat eine EntschlieÙung zu fassen, mit der die Bundesregierung aufgefordert wird

- die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss und im Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu erweitern und gesetzlich zu regeln,
- eine Versicherungslösung für
 - Haftpflichtschäden bei der Geburtshilfe durch Hebammen sowie
 - eine allgemeine Haftpflichtabsicherung gegen Medizinschädenzu entwickeln,
- die Regelung zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene (§ 17c Absatz 4 und Absatz 4b Satz 1 und 3 KHG) zu streichen.

Die Empfehlungen sind im Einzelnen der **Drucksache 265/1/14** zu entnehmen.

