

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Kranken- versicherung (GKV-FQWG)

Referat Koordination Sozialpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-676

Ihre Ansprechpartnerin:
Dr. Verena Liessem
Telefon-Durchwahl 0761 200-224
Telefax 0761 200-733
Email verena.liessem@caritas.de
www.caritas.de

Berliner Büro

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Telefon-Zentrale 030 284 447-6

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447- 46
Telefax 030 284 447- 88
www.caritas.de

Datum 19.02.2014

Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Referentenentwurf zum GKV-FQWG Stellung nehmen zu können. Die einkommensabhängige Ausgestaltung des Zusatzbeitrags wird überwiegend positiv bewertet. Die Krankenkassen sollen dadurch wieder mehr Beitragssatzautonomie erhalten. Die prozentuale Entwicklung des Zusatzbeitrags ist allerdings sorgfältig zu beobachten. Die Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz wird ausdrücklich begrüßt, da dadurch die Versorgungsqualität verbessert und die Patientenautonomie gestärkt wird. Der Deutsche Caritasverband hat sich schon seit längerem für eine Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte im Risikostrukturausgleich eingesetzt. Wir regen die Umsetzung einer entsprechenden Regelung im vorliegenden Gesetzesentwurf an.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung.

1. Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Referentenentwurf

Gemäß § 137 a (neu) SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V beauftragt, ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut für Qualitäts-

Herausgegeben von

Deutscher Caritasverband e.V.

Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

Prof. Dr. Georg Cremer

Generalsekretär

sicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen und die Trägerschaft zu übernehmen. Das Institut arbeitet im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsrealität. Mit der Gründung des Instituts und der Etablierung einer dauerhaften Institutsstruktur wird das Ziel verfolgt, die sachgerechte und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung sowie die fachliche Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Zuarbeit zu stärken.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz, da mit dieser Maßnahme die Versorgungsforschung und die Bereitstellung von versorgungsrelevanten Daten - als Grundlage für eine verbesserte Versorgungspraxis und für die Patienteninformation gleichermaßen - verstetigt und intensiviert werden können.

Erweiterung der Aufgaben

Referentenentwurf

Das Institut wird neben den bisherigen Aufgaben nach § 137 a SGB V (alt) zusätzliche Aufgaben wahrnehmen.

Gem. § 137a Abs. 3 Punkt 5 (neu) werden auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung erstellt und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet veröffentlicht. Die Übersichten sollen insbesondere qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patient(inn)en ermöglichen.

Bewertung

Die genannte Aufgabenerweiterung wird vom Deutschen Caritasverband grundsätzlich als sachgerecht bewertet und begrüßt, da sie die Qualität der Versorgung verbessern und die Patientenautonomie stärken. Allerdings ist in der Umsetzung unbedingt darauf zu achten, dass die Kriterien und Indikatoren, die den vergleichenden Übersichten zugrunde gelegt werden, transparent, überprüfbar und valide sind. Zudem soll bedacht werden, dass über die Bereitstellung im Internet hinaus auch weitere Zugangsformen gewährleistet sein müssen.

Insbesondere im Hinblick auf Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund schlägt der Deutsche Caritasverband außerdem vor, die Berichte in einfacher Sprache zu verfassen.

Referentenentwurf

Gem. § 137a Abs. 3 Punkt 6 (neu) werden für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Abs. 1a SGB V unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, dargestellt.

Bewertung

Die Heranziehung der Sozialdaten der Gesetzlichen Krankenkassen als Grundlage für die Qualitätsverbesserung wird ebenfalls befürwortet, da sie vielfältige und repräsentative Informationen liefern können: z.B. über verschiedene medizinische Einrichtungen, verschiedene Arztgruppen, über Arbeitsunfähigkeiten, über Diagnosen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung, über Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, über Krankengeldzahlungen etc.

Die Nutzung von Routinedaten, die zur Abrechnung erbrachter Leistungen erhoben werden, ist insoweit kostengünstig, da keine zusätzlichen patientenbezogenen Erhebungen durchgeführt werden müssen. Allerdings ist die gezielte Aufbereitung und Auswertung des breiten Datenpools aufwändig, so dass die Delegation dieser Aufgabe an ein unabhängiges Institut als sinnvoll bewertet wird.

Der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ist - auch für die Nutzung pseudonymisierter Daten – insbesondere im Bereich sensibler, medizinischer Angaben von größter Bedeutung. Daher wird begrüßt, dass das Datenschutzkonzept zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben regelmäßig durch unabhängige Gutachter geprüft und bewertet wird (vgl. § 137a Abs. 7).

Referentenentwurf

Gem. § 137a Abs. 3 Punkt 7 werden Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln entwickelt und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form informiert. Damit sollen Patient(inn)en darin unterstützt werden, die Aussagen und die Aussagefähigkeit einer Zertifizierung in Bezug auf Qualität bewerten zu können.

Bewertung

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens sind Zertifizierungen gesetzlich vorgeschrieben; darüber hinaus wurden in den letzten Jahren vermehrt branchenspezifische Qualitätssiegel entwickelt. Die Entwicklung einer Krieteriologie zur Bewertung der Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln ist daher im Sinne der Transparenz und Patientenautonomie sehr zu begrüßen. Allerdings machen bereits durchgeführte Projekte (z.B. im Bereich der Pflege) die Komplexität der Aufgabe und die hohen Anforderungen an die Analyse deutlich, um tatsächlich „Vergleichbares zu vergleichen“ und zu validen Aussagen zu kommen.

Beauftragung, Antragsrecht, Beteiligung an der Umsetzung der Inhalte, Finanzierung

Referentenentwurf

Die Verfahren zur Beauftragung des Instituts, die Festlegung der Antragsteller, die an der Umsetzung der Inhalte nach Abs. 3 mitwirkenden Organisationen sowie die Finanzierung des zu gründenden Instituts werden weitgehend analog zum 2004 gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit gem. § 139 a SGB V geregelt.

Bewertung

Die o.g. Regelungen haben sich im Rahmen der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit grundsätzlich bewährt. Daher werden die analogen Regelungen für das neu zu gründende Institut als sachdienlich bewertet. Die neu aufgenommene Möglichkeit der direkten Beauftragung des Instituts durch das Bundesministerium für Gesundheit wird ausdrücklich begrüßt.

2. Neugestaltung der Zusatzbeiträge

Referentenentwurf

Der allgemeine paritätisch finanzierte Beitragssatz wird bei 14,6 Prozent festgesetzt (§ 241 SGB V neu). Der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 % gesetzlich festgeschrieben (§ 249 SGB V neu). Der durch die Mitglieder der Krankenkassen allein zu tragende Beitragssatzanteil von 0,9 Prozentpunkten wird abgeschafft (§ 249 SGB V neu). Die Krankenkassen sollen den dadurch verursachten Einnahmerückgang sowie eventuelle Mehrausgaben über einkommensabhängige Zusatzbeiträge in Form eines Prozentsatzes von den beitragspflichtigen Einnahmen, der individuell von der einzelnen Krankenkasse festgesetzt wird, ausgleichen. Bisher war der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als einkommensunabhängiger Beitrag auszugestalten (§ 242 SGB V alt). Damit die Krankenkassen nicht um Mitglieder mit hohem Einkommen konkurrieren, wird ein Einkommensausgleich durchgeführt (§ 270a SGB V neu). Sozialausgleich und Verspätungszuschlag werden abgeschafft (Aufhebung §§ 242b SGB V i.V. mit § 221b SGB V und 242 Abs. 6 SGB V).

Bewertung

Auch wenn der Gesetzentwurf von der Abschaffung des allein durch die Mitglieder der Krankenkasse zu tragenden Beitragssatzanteils von 0,9 Prozentpunkten spricht, wird eine Entlastungswirkung nicht eintreten. Denn zukünftig werden wahrscheinlich alle Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Die Höhe der Zusatzbeiträge ist derzeit nicht absehbar. Bei gleichbleibender Finanzlage der GKV wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag vermutlich bei in etwa 0,9 Prozent liegen. Steigt der Finanzbedarf, wird der Zusatzbeitrag über 0,9 Prozent steigen.

Die Zusatzbeiträge werden nun einkommensabhängig festgesetzt. Damit werden die höheren Einkommensgruppen stärker belastet als die niedrigen. Dies entspricht dem Solidarprinzip und wird vom Deutschen Caritasverband grundsätzlich begrüßt. Nach der bisherigen gesetzlichen Regelung wurde das Solidarprinzip bezüglich des einkommensunabhängigen kassenindividuellen Zusatzbeitrags über den (steuerfinanzierten) Sozialausgleich umgesetzt. Durch die hier vorgelegte Neuregelung werden die Mitglieder der GKV stärker belastet und die Steuerzahler entlastet. Die Entwicklung des allein von den Mitgliedern der Krankenkassen zu tragenden Zusatzbeitrages muss in den nächsten Jahren sorgsam beobachtet werden. Es ist auch künftig sicherzustellen, dass die Bezieher niedriger Einkommensgruppen und sozial benachteiligte Menschen nicht überproportional belastet werden.

Durch den Wegfall des Sozialausgleichs und des Verspätungszuschlags sowie durch die Abführung der Beiträge durch den Arbeitgeber wird das Verfahren der Beitragserhebung in seiner Umsetzung erheblich vereinfacht und entbürokratisiert. Durch den Wegfall des kassenindividuellen Zusatzbeitrags müssen die Krankenkassen nicht mehr die Höhe der Einkommen ihrer Mitglieder ermitteln, um auf dieser Grundlage die Belastungsgrenze zu berechnen, ab der ein Sozialausgleich anfällt.

3. Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Referentenentwurf

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V erhoben. Die bisherige Kann-Regelung, wonach die Krankenkassen die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag vom Bezieher von ALG-II-Leistungen verlangen konnten, entfällt. Den allgemeinen Beitrag einschließlich des Zusatzbeitrags trägt der Bund (§ 251 Abs. 4 SGB V neu in Verbindung mit der Aufhebung von § 251 Abs. 6 SGB V).

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht. Der DCV begrüßt insbesondere den Wegfall der Kann-Regelung zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Sie konnte Grundsicherungsempfänger überfordern, wenn die Differenz erheblich war und/oder die Möglichkeit eines Krankenkassenwechsels nicht bestand.

4. Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte im Risikostrukturausgleich

Referentenentwurf

Im vorliegenden Referentenentwurf sind einige Neuregelungen im Bereich des Risikostrukturausgleichs enthalten. Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass auch die Vorschläge des Wissen-

schaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes zur der Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte im Risikostrukturausgleich umgesetzt werden sollen. Hierzu findet sich im vorliegenden Referentenentwurf keine Regelung.

Bewertung

Der Evaluationsbericht zum Morbi-RSA vom 22. Juni 2011 hatte ausgewiesen, dass es durch die bisherige Berechnungsmethode des Morbi-RSA zu einer systematischen Unterdeckung der Zuweisungen für Versicherte in hohem Alter kommt, während bei den jüngeren Versicherten-Gruppen eine Überdeckung der Ausgaben zu verzeichnen ist. Als Grund für dieses Ungleichgewicht benennt der Bericht die fehlende Annualisierung der Ausgaben Verstorbener bei der Berechnung von Zuschlägen für die Risikogruppen. So erfolgt die Zuweisung der Ausgaben für die Verstorbenen nur bis zu ihrem Todestag, während sie sich bei allen anderen Versicherten über das gesamte Jahr erstreckt. Im Ergebnis, so der Evaluationsbericht, werden die Ausgaben von Verstorbenen nur etwa zur Hälfte ihrer jeweiligen Altersgruppe zugerechnet, während die andere Hälfte über einen Korrekturfaktor über alle Altersgruppen verteilt wird. Daher fallen die ermittelten standardisierten Leistungsausgaben insbesondere in Risikogruppen mit einer hohen Mortalität systematisch zu niedrig aus. Dies ist für den Deutschen Caritasverband aus seiner anwaltschaftlichen Rolle, die Interessen von chronisch kranken, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen zu vertreten, nicht hinnehmbar.

Lösungsvorschlag

Der Deutsche Caritasverband fordert den Gesetzgeber auf, die entsprechenden Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes im Rahmen des GKV-FQWG gesetzgeberisch umzusetzen.

19. Februar 2014
Prof. Dr. Georg Cremer
Vorstand Sozial- und Fachpolitik
Deutscher Caritasverband

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik , DCV (Berliner Büro), Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Dr. Verena Liessem, Referentin Koordination Sozialpolitik, DCV (Freiburg),
Tel. 0761 200-224, verena.liessem@caritas.de

Renate Walter-Hamann, Referatsleiterin Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, DCV (Freiburg),
Tel. 0761 200-369, renete.walter-hamann@caritas.de