

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

## **Fragen und Antworten**

### **Welche Erleichterungen ergeben sich für die Mitglieder der Krankenkassen?**

Zum 1. Januar 2015 wird der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von heute 15,5 Prozent auf künftig 14,6 Prozent gesenkt. Die Hälfte, also 7,3 Prozent, trägt der Arbeitgeber und die andere Hälfte die Arbeitnehmer. Der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den die Krankenkassenmitglieder alleine zahlen müssen, entfällt. Genauso entfällt der pauschale Zusatzbeitrag, den eine Krankenkasse bisher erheben kann. Das erspart den Mitgliedern, den bürokratischen Aufwand bei der Zahlung der Zusatzbeiträge. Zudem entfällt das bürokratische Verfahren bei der Durchführung eines steuerlichen Sozialausgleichs.

Künftig kann jede Kasse einen einkommenabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Wie hoch der Zusatzbeitrag ausfallen wird, hängt davon ab, wie wirtschaftlich eine Kasse arbeitet. Einige Kassen werden mit ihrem Zusatzbeitrag weiterhin bei 0,9 Prozent liegen, so dass sich für die Versicherten nichts ändert. Andere Kassen stehen finanziell so gut da, dass sie ihre Versicherten durch einen niedrigeren Zusatzbeitragssatz entlasten können. Wieder andere werden ihren Zusatzbeitrag erhöhen. Die Krankenkassenmitglieder haben dann das Recht unkompliziert in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Dafür erhalten sie ein Sonderkündigungsrecht. Das erhöht den Anreiz der Krankenkassen, im Wettbewerb um Versicherte eine qualitativ gute Versorgung anzubieten und ihre Zusatzbeiträge möglichst gering zu halten, indem sie gut und effizient wirtschaften. Außerdem werden die Krankenkassen dazu gebracht, den Versicherten ihre teilweise nicht unerheblichen finanziellen Reserven zugute kommen zu lassen. Rund 20 Millionen Versicherte sind Mitglied einer Krankenkasse, die zurzeit mit einem niedrigeren Beitrag auskommen und ihre Mitglieder entlasten könnte.

## **Was ändert sich für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und behinderte Menschen?**

Für Bezieher von Arbeitslosengeld wird es zu einer Entlastung kommen.

Bezieher von ALG II bekommen bisher ihren Krankenkassenbeitrag und den pauschalen Zusatzbeitrag bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags bezahlt. Allerdings müssten Sie den Differenzbetrag zwischen dem durchschnittlichem und dem tatsächlichen Zusatzbeitrag ihrer Kasse selbst tragen, wenn die Kasse dies in ihrer Satzung vorsieht. Im neuen System zahlen die ALG II-Bezieher selbst keinen Zusatzbeitrag, auch die Möglichkeit der Erhebung des Differenzbetrags entfällt. Der Bund trägt für ALG II-Bezieher den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Für die Krankenkassen entstehen dadurch keine zusätzlichen finanziellen Belastungen, da Einkommensunterschiede in der Mitgliederstruktur über den vollständigen Einkommensausgleich, der ebenfalls mit dem neuen Gesetz eingeführt wird, zwischen den Krankenkassen voll ausgeglichen werden. Für den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für ALG II-Bezieher sieht der Gesetzentwurf zudem eine Spitzabrechnung nach Ablauf des Jahres vor. Der zuvor prognostisch ermittelte Beitragssatz wird damit rückwirkend angepasst. Dies stellt sicher, dass der Steuerzahler nicht über Gebühr belastet wird, sondern Zusatzbeiträge für Bezieher von ALG II nur in der tatsächlich erforderlichen Höhe gezahlt werden.

Bezieher von ALG I müssen nach aktueller Rechtslage den pauschalen Zusatzbeitrag in voller Höhe selbst tragen. Für sie wird künftig der kassenindividuelle Zusatzbeitrag von der Bundesagentur für Arbeit getragen.

Für Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und behinderte Menschen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, ändert sich nichts. Sie müssen wie bisher keinen Zusatzbeitrag bezahlen. Für diese Personengruppen wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag künftig durch die Träger bzw. Einrichtungen bezahlt, die auch schon den allgemeinen Kassenbeitragssatz tragen.

### **Welche besondere Regelung gilt für Rentner?**

Auf Bitten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialen und der Deutschen Rentenversicherung Bund wird den Rentenversicherungsträgern zur Systemumstellung eine Übergangsfrist von zwei Monaten eingeräumt. Die neuen kassenindividuellen Zusatzbeiträge gelten für Rentnerinnen und Rentner umstellungsbedingt daher erstmals ab März 2015. Bis dahin bleibt für Rentnerinnen und Rentner alles unverändert. Zukünftige Anhebungen oder Absenkungen des Zusatzbeitragssatzes werden in der Krankenversicherung der Rentner jeweils nach einer Übergangszeit von zwei Monaten wirksam.

### **Gibt es ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Kasse den Zusatzbeitrag erhöht?**

Ja. Jedes Krankenkassenmitglied hat die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln, sobald diese einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht. Wenn die neuen Regelungen zum 1. Januar 2015 in Kraft treten, wird zu diesem Zeitpunkt für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen das Sonderkündigungsrecht wirksam – es sei denn, die Krankenkasse erhebt keinen Zusatzbeitrag. Die Kassen werden zudem verpflichtet, jedes Mitglied auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag (der womöglich niedriger als der kassenindividuelle ist) und den möglichen Wechsel in eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen. Beim Sonderkündigungsrecht muss die Kündigung bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihn erhöht. Die Kündigung wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam. Bis dahin zahlt das Mitglied den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag und kann dann in eine andere Krankenkasse wechseln. Das erhöht den Anreiz der Krankenkassen, im Wettbewerb um Versicherte eine qualitativ gute Versorgung anzubieten und ihre Zusatzbeiträge möglichst gering zu halten, indem sie gut und effizient wirtschaften. Außerdem werden die Krankenkassen dazu gebracht, den Versicherten ihre teilweise nicht unerheblichen finanziellen Reserven zugute kommen zu lassen.

### **Weshalb wird der Arbeitgeberbeitrag auf 7,3 % festgeschrieben?**

Ein solidarisches Gesundheitssystem braucht eine gut laufende Wirtschaft. Deshalb kann nicht grenzenlos an der Beitragsschraube gedreht werden. Wenn Arbeitsplätze vernichtet werden, bricht auch die Grundlage unseres leistungsfähigen Gesundheitswesens weg. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 7,3 Prozent, werden die Lohnnebenkosten stabil gehalten und so Arbeitsplätze gesichert.

### **Welche Erleichterungen ergeben sich für die Kassen?**

Das aufwendige Einzugs- und Ausgleichsverfahren des bisherigen pauschalen Zusatzbeitrags und des Sozialausgleichs entfällt. Stattdessen können die Kassen einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, wenn es für sie wirtschaftlich nötig wird, und erhalten so mehr Beitragsautonomie. Zudem entfällt der hohe Verwaltungsaufwand bei der Prämienausschüttung. Kassen, die bisher Prämien an ihre Versicherten ausgezahlt haben, können ihre Versicherten künftig unbürokratischer durch niedrige Beiträge entlasten.

### **Sind Kassen mit finanziell schwächeren Mitgliedern nicht automatisch benachteiligt?**

Nein. Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen für einzelne Krankenkassen führt, ist ein vollständiger Einkommensausgleich für die Krankenkassen vorgesehen, die einen solchen Zusatzbeitrag erheben. Dadurch werden alle Krankenkassen in Bezug auf die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder rechnerisch gleich gestellt. Gleichzeitig wird den Krankenkassen eine verlässliche Haushaltsplanung ermöglicht. So wird dem Anreiz entgegengewirkt, im Wettbewerb um Mitglieder Besserverdienende bei der Risikoauswahl zu bevorzugen. Der Einkommensausgleich kann mit geringem Verwaltungsaufwand über den Gesundheitsfonds abgewickelt werden und ist ebenfalls einfach und unbürokratisch ausgestaltet. Die Ausgleichszahlungen erfolgen parallel zu den Zuweisungen über den Gesundheitsfonds. Dadurch wird den Krankenkassen ein bürokratisch aufwendiges Verrechnungsverfahren erspart.

**Inwiefern wird der Ausgleichsmechanismus zwischen den Kassen, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“), weiterentwickelt?**

Durch Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA wird die Zielgenauigkeit bei der Verteilung der Mittel, die aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen fließen, erhöht.

Die Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene wird durch das Bundesversicherungsamt (BVA) auf der Grundlage der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes Essen umgesetzt. Eine gesetzliche Regelung ist nicht erforderlich. Durch die derzeit unvollständige Berücksichtigung der Behandlungskosten von Versicherten, die im Laufe des Jahres versterben, werden die Zuweisungen in den betroffenen Versichertengruppen zu niedrig berechnet. Dadurch decken in Versichertengruppen mit überdurchschnittlicher Sterberate, z.B. in den Altersgruppen ab 70 Jahren, die Zuweisungen insgesamt nicht die Behandlungskosten dieser Versicherten. Die vom Landessozialgericht angeordnete Änderung führt dazu, dass die Zuweisungen für jeden Tag der Versicherung auch den durchschnittlichen Behandlungskosten in der jeweiligen Versichertengruppe entsprechen, und zwar taggenau für jeden Tag, an dem der Versicherte lebt.

Für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte werden Übergangsmodelle eingeführt, durch die Über- und Unterdeckungen bei den Krankenkassen deutlich reduziert werden. Die Übergangsmodelle sollen abgelöst werden, wenn im Rahmen der weiterführenden Forschung verbesserte Modelle zur Standardisierung der Zuweisungen entwickelt worden sind. Darüber hinaus wird das Bundesministerium für Gesundheit angesichts der seit Jahren stark steigenden Ausgabenentwicklung beim Krankengeld den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines Sondergutachtens beauftragen, um die Ursachen von lang andauernder Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldausgaben zu untersuchen und Lösungsansätze aufzuzeigen.

### **Gibt es Gewinner und Verlierer durch die Anpassungen beim Morbi-RSA?**

Die Anpassungen erhöhen die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Die Änderung auf Grund der Rechtsprechung führt zu höheren Zuweisungen für alle Versicherten in Versichertengruppen mit überdurchschnittlicher Mortalität. Diese sind bekanntermaßen unterschiedlich verteilt, auch innerhalb der Kassenarten.

Durch das vorgesehene Übergangsmodell für die Zuweisungen im Bereich Krankengeld werden alle Über- und Unterdeckungen in diesem Bereich deutlich reduziert. Auch hier gibt es in allen Kassenarten sowohl Krankenkassen, deren Ist-Ausgaben für Krankengeld durch die Zuweisungen zum Teil starke Unterdeckungen aufweisen, als auch solche, die eine zum Teil sehr hohe Überdeckung aufweisen. Der ergänzende 50%ige Ausgleich der Ist-Ausgaben sorgt dafür, dass diese Differenz halbiert wird.

Die faktischen Finanzwirkungen auf Einzelkassen werden erst nach Durchführung des RSA-Jahresausgleichs für das Jahr 2013 im Herbst 2014 bekannt sein.

### **Welchen konkreten Vorteil haben die Patientinnen und Patienten von dem neuen Qualitätsinstitut, dass ab 2016 seine Arbeit aufnehmen soll?**

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass in Arztpraxen und im Krankenhaus eine hohe Qualität der Behandlung gewährleistet wird. Um das sicherzustellen, sind messbare Kriterien für die Qualität von Therapien und Diagnosen notwendig. Das Qualitätsinstitut soll diese Kriterien wissenschaftlich fundiert entwickeln. Auf dieser Basis können Maßnahmen ergriffen werden, um vorhandene Defizite zu erkennen und die ambulante und stationäre Versorgung gezielt zu verbessern. Außerdem soll das Institut u. a. Qualitätsvergleiche zu Krankenhausleistungen veröffentlichen, damit sich die Patienten beispielsweise bei der Wahl eines Krankenhauses über die Qualität der Leistungen und Einrichtungen besser informieren können.

### **Wann soll das Institut die Arbeit aufnehmen?**

Die Regelungen zum Qualitätsinstitut sollen Mitte 2014 in Kraft treten. Die Stiftungerrichtung und der Aufbau des Instituts werden dann etwas Zeit erfordern – auch die Rekrutierung von geeignetem Personal. Es ist davon auszugehen, dass das neue Institut im Jahr 2016 seine Arbeit aufnehmen kann.

### **Gibt es schon Festlegungen zum Sitz des neuen Institutes?**

Der Gesetzentwurf enthält hierzu keine Festlegungen. Der Sitz des Instituts wird in der Stiftungssatzung bestimmt. Maßgebliches Kriterium für den Standort wird sein, dass er gute Chancen bietet, das benötigte hochqualifizierte Personal für das Institut zu gewinnen.

### **Wird das Qualitätsinstitut eine neue Stiftung „Gesundheitstest“?**

Die Patientinnen und Patienten wünschen sich mehr Transparenz, wenn es um die Qualität der medizinischen Versorgung geht. Für den Qualitätswettbewerb sind verlässliche Kriterien für den Vergleich notwendig. Mit den entsprechenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) soll schon in dieser Legislaturperiode mehr Transparenz bei den Qualitätsberichten der Krankenhäuser erreicht werden. Das geplante Institut soll zügig aufgebaut werden, damit aus seiner Arbeit weitere Impulse für verständliche, vergleichende Informationen zur Versorgungsqualität kommen können

### **Wie wird sich die Arbeit des neuen Instituts von der Arbeit des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) abgrenzen?**

Die beiden Institute haben grundverschiedene Aufgabenstellungen und werden sich bei ihrer Arbeit nicht überschneiden. Das IQWiG bewertet wissenschaftlich, inwieweit neue Therapien und Methoden einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten bringen.

Für diese Nutzenbewertung hat es einen speziellen gesetzlichen Auftrag. Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die das IQWiG erarbeitet, entscheidet der G-BA, ob neue Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Das geplante Qualitätsinstitut soll Verfahren und Instrumente entwickeln, die sicherstellen, dass diagnostische und therapeutische Leistungen in sachgerechter Weise und in der erforderlichen Qualität erbracht werden. Bei dieser Qualitätsbewertung soll auch die Sicht der Patientinnen und Patienten stärkeres Gewicht erhalten.

### **Sind Transparenz und Datensicherheit gewährleistet?**

Der G-BA, der das Institut beauftragt, wird in seinen Richtlinien und Beschlüssen bestimmen, welche Daten genutzt werden. Nur das Institut hat danach Zugriff auf diese Daten. Es hat die gesetzlich vorgegebenen datenschutzrechtlichen Anforderungen zu beachten und eine hohe Datensicherheit zu gewährleisten.

Auf Antrag kann das Institut im Auftrag des G-BA Auswertungen der Daten in anonymisierter und aggregierter Form für Forschungszwecke und zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zur Verfügung stellen. Dies ermöglicht aber keinen Zugriff auf die Daten selbst. Auch bei dieser Aufgabe müssen die Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit eingehalten werden. Das Verfahren soll unter Einbeziehung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entwickelt werden.

### **Wie ist der Zeitplan?**

Das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-FQWG soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass die Neuregelungen mit einer hinreichenden Vorlaufzeit am 1. Januar 2015 in Kraft treten können. Einzelne Regelungen, wie etwa zum Qualitätsinstitut, sollen möglichst noch früher in Kraft treten.