



Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

Berlin, 16.05.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

- **Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 137a (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen)**

Wie bereits in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 19.02.2014 zum Referentenentwurf des GKV-FQWG ausgeführt, begrüßt die Bundesärztekammer grundsätzlich, dass die Bundesregierung dem Stellenwert der Qualität im Gesundheitswesen verstärkt Aufmerksamkeit schenkt und die Weiterentwicklung durch gesetzliche Maßnahmen begleiten möchte. Einen zentralen Beitrag soll dabei die Gründung eines fachlich unabhängigen, rechtsfähigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen einnehmen.

In ihrer Stellungnahme vom 19.02.2014 hatte die Bundesärztekammer die Intention des Gesetzgebers nach Verstetigung des Arbeitsauftrags der Institution n. § 137 a SGB V zugunsten von mehr Konstanz und Planungssicherheit und vor dem Hintergrund einer politisch offenkundig gewollten Steigerung der Institutionalisierung im Gesundheitswesen nachvollziehen können. Die Bundesärztekammer hatte dabei das Erfordernis der Unabhängigkeit und der Wissenschaftlichkeit des neuen Instituts betont und die Bedeutung methodisch solider und transparenter Arbeitsgrundlagen hervorgehoben. Die in Aussicht gestellte Einbeziehung externen Sachverständigen zur Unterstützung dieser Herausforderung hatte die Bundesärztekammer begrüßt und in diesem Zusammenhang auf ihre eigene Expertise in den Bereichen Qualitätsförderung und Versorgungsforschung hingewiesen. Und schließlich hatte die Bundesärztekammer zur Möglichkeit der Selbstbeauftragung des Instituts empfohlen, eine solche Option mit einer Rahmenvorgabe zu versehen – eine entsprechende Konkretisierung ist bei der Überarbeitung des Referentenentwurfs inzwischen erfolgt, was die Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt.

Zu dem aktuell vorliegenden Gesetzesentwurf schlägt die Bundesärztekammer noch folgende zwei Änderungen vor:

1) Ergänzung von § 137a Abs. 2 SGB V um einen Satz 3 neu wie folgt (Ergänzung fett hervorgehoben):

*Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung. **Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer entsenden jeweils ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.***

Begründung:

Mit einer verantwortlichen Einbindung der Spitzenverbände der Heilberufekammern in den Vorstand der Stiftung wird die Legitimation des unabhängigen Qualitätsinstituts gestärkt. Die Qualitätssicherung gehört zu den originären Aufgaben der Heilberufekammern. Auf Landesebene sind diese schon heute an die Umsetzung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligt, vgl. § 5 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.

2) Einfügung in § 137a Abs. 4 Satz 1 SGB V wie folgt (Einfügung fett hervorgehoben):

*Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, die unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit, **die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundeszahnärztekammer** und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.*

Begründung:

Das unabhängige Qualitätsinstitut soll zukünftig als vom Gemeinsamen Bundesausschuss fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung agieren, der neben den bisherigen Aufgaben der Institution nach § 137a SGB V zusätzliche Aufgaben zur Förderung der Qualitätsorientierung in der Gesundheitsversorgung übertragen werden. Hierbei können die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen, vgl. § 137a Abs. 4 Satz 1 SGB V. Darüber hinaus kann das Bundesministerium für Gesundheit das Institut unmittelbar beauftragen, vgl. § 137a Abs. 4 Satz 2. Ferner verfügt das Institut über ein Selbstbefassungsrecht, § 137a Abs. 4 Satz 4 SGB V. Vor dem Hintergrund der originären Aufgaben der Heilberufekammern zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der Berufsausübung ist es sachgerecht, auch den Spitzenverbänden der Heilberufekammern ein unmittelbares Antragsrecht zur Beauftragung des Instituts zu gewähren. Ein eigenes Antragsrecht der Heilberufekammern kann dazu beitragen, mit Hilfe der datengestützten Analysen des Instituts weitere Qualitätspotenziale zu erschließen und mehr Transparenz im Versorgungsgeschehen herzustellen.

- **Zur Änderung und Anpassung der Beitragssatzerhebungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vorgesehenen Änderungen und Anpassungen der Beitragssatzerhebungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Abschaffung der einkommensunabhängigen und bürokratisch sehr aufwändigen Zusatzbeiträge war eine wesentliche Forderung der Deutschen Ärzteschaft. Dadurch wird die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen gestärkt.

Über die vorgesehenen Neuregelungen sollen die Gesetzlichen Krankenkassen wieder den notwendigen Gestaltungsspielraum erlangen der ihnen bessere Leistungen und Versorgungsangebote für Versicherte ermöglicht. Die vorgesehene Neuregelung soll gleichzeitig mit einer primären Festsetzung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes von der derzeit 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent einhergehen und so zu einer Entlastung der Beitragszahler, der Arbeitgeber sowie des Bundes führen. Die resultierende Unterdeckung (Absenkung des Versichertenanteils von 8,2 auf 7,3 %) in Höhe von ca. 11 Mrd. Euro soll - falls notwendig - zukünftig durch kassenindividuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge gedeckt werden. Hier gilt es aus Sicht der Bundesärztekammer zum Schutz der Versicherten eine größtmögliche Transparenz und Vergleichbarkeit der neuen kassenspezifischen Beiträge zu ermöglichen, um bei Bedarf auf Basis fundierter Informationen einen Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse so unbürokratisch wie möglich vornehmen zu können. Eine Regelung im Sinne einer Obergrenze möglicher Beitrags-/ Zusatzbeitrags erhöhungen ist dem Regierungsentwurf nicht zu entnehmen. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte eine pragmatische Lösung im Sinne eines steuerfinanzierten Überforderungsschutzes gegen überzogene Mehrbelastungen der Krankenkassenmitglieder integriert werden.

Die Bundesärztekammer begrüßt die mit dem Regierungsentwurf zur Anpassung der Beitragssatzerhebung verbundene deutliche Entbürokratisierung der Beitragssatzmodalitäten. Für viele Versicherte ist der mit der aktuellen Zusatzbeitragsregelung verbundene separate Erhebung, Überweisung und Verrechnung verbundene Aufwand trotz relativ überschaubarer Finanzbeträge ein wesentlicher Grund für einen Wechsel ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung gewesen.

Die mit dem Regierungsentwurf vorgesehenen Regelungen werden neben einer erheblichen Entbürokratisierung der Verfahrensabläufe auch zu einer deutlichen Entlastung des Bundeshaushaltes durch die entfallenden Sozialausgleiche führen. Die Bundesärztekammer empfiehlt, diese frei werdenden Mittel direkt für den o.g. Überforderungsschutz sowie für dringende Anliegen im Bereich der Gesundheitsversorgung (z. B. Stärkung von Angeboten der Prävention, Intensivierung von Maßnahmen gegen den Ärztemangel, Hygiene etc.) zu nutzen.

Die mit der Neueinführung des § 270 a SGB V vorgesehene Regelungen zum Einkommensausgleich werden seitens der Bundesärztekammer grundsätzlich als sachgerecht eingeschätzt. Da die mit dem Regierungsentwurf verbundenen Änderungen laut Koalitionsregierung eine „dauerhafte solide Grundlage der GKV-Finzen“ ermöglichen sollen, kommt der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine nicht unwesentliche Rolle zu. Auch unter Berücksichtigung dessen, dass die vorgesehene Höhe der Liquiditätsreserve im Vergleich zu dem Referentenentwurf bereits um 5 Prozent erhöht wurde, bleibt aus Sicht der Bundesärztekammer kritisch zu begleiten, ob die gemäß § 270 a SGBV Absatz 2 vorgesehene Liquiditätsreserve in Höhe von mindestens 25 Prozent der nach Ablauf eines Geschäftsjahres durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds ausreichend sein wird.

Mittelfristig ist aus Sicht der Bundesärztekammer der zentral angelegte Verteilungsmechanismus des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs über ein diagnosenbezogenes Klassifikationssystem durch regionale und kassen(arten)spezifische Ermessensspielräume zukünftig zu ergänzen und zu relativieren. Durch die Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches muss künftig besser gewährleistet werden, dass den regionalspezifischen Anforderungen aus der vertragsärztlichen Versorgung und aus der Krankenhausversorgung durch die Krankenkassen passgenau entsprochen werden kann. Fehlverteilungen, die dazu führen, dass bestimmte Kassen in ihren Versorgungsbezirken Überschüsse generieren, die dann für Werbemaßnahmen, wie z. B. "Dividendenauszahlungen" an Bestandsversicherte und Neukunden zweckentfremdet werden, andere Kassen in ihren Versorgungsbezirken dagegen noch nicht einmal das notwendige Geld zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten erhalten, müssen beseitigt werden.