



Wortprotokoll der 13. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 21. Mai 2014, 14:00 Uhr
10557 Berlin
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Anhörungsraum 3 101

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 18/1307

Hierzu wurde/wird verteilt:

*18(14)30.1 Änderungsantrag
18(14)30.4 Änderungsantrag*

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

Berichterstatter/in:

Abg. Harald Weinberg [DIE LINKE.]

**Nur zur dienstlichen Verwendung****Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Spahn, Jens Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Kippels, Dr. Georg Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Hellmich, Wolfgang Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Nur zur dienstlichen Verwendung



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Beginn der Sitzung: 14:07 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Edgar Franke** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne hiermit die 13. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, auch auf die Gefahr hin, dass vielleicht der eine oder die andere noch in der Einlassschlange steht. Ich begrüße zunächst die Vertreter der Bundesregierung und Sie, Frau Parlamentarische Staatssekretärin Widmann-Mauz. Ich begrüße die Sachverständigen und ich begrüße natürlich auch die Vertreter der Medien und nicht zuletzt – es ist eine öffentliche Anhörung – Sie, liebe Zuschauer. Wir führen, wie Sie wissen, eine öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) durch. Das ist ein Gesetzentwurf der Bundesregierung. In die Anhörung einbezogen werden die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.1 – das ist die Unabhängige Patientenberatung – und auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.4 – die Regionalkennzeichnung für Zwecke der Datentransparenz – sowie der Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0030.6. Dieser Änderungsantrag ist überschrieben mit „Unabhängige Patientenberatung stärken“. Uns stehen 120 Minuten zur Verfügung, die in Zeitkontingente für die einzelnen Fraktionen entsprechend ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt sind. Allerdings haben die großen Fraktionen an die beiden kleineren Fraktionen Zeit abgegeben. Beginnen wird die Fraktion der CDU/CSU mit 25 Minuten Fragezeit. Dann folgt die SPD mit 18 Minuten. Anschließend folgen die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 20 Minuten. Um einen reibungslosen Ablauf der Anhörung zu gewährleisten möchte ich die aufgerufenen Sachverständigen bitten, die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Die Antwort sollte, wenn möglich, kurz gehalten sein. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet. Die Bildaufzeichnung der Anhörung und das Wortprotokoll

werden auf der Ausschusseite im Internet veröffentlicht. Deshalb schauen Sie, auch wenn Sie nicht reden, freundlich, denn des Öfteren schwenkt die Kamera durch den Saal und Sie könnten sich vielleicht deshalb unter Umständen im Internet oder auf den Monitoren im Bundestag wiedersehen. Wir beginnen jetzt mit der ersten Fragerunde.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Wille, an den Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) und an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Wir ändern das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und führen einen paritätischen Beitragssatz von 14,6 Prozent ein, wobei der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent festgeschrieben wird. Wie bewerten Sie die Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben und wie bewerten Sie dieses System mit Blick auf den Wettbewerb innerhalb der GKV? Vom Caritasverband und der Verbraucherzentrale Bundesverband würde ich gerne wissen, wie sie das Sonderkündigungsrecht im Falle der Erhebung oder einer Erhöhung eines Zusatzbeitrages bewerten und wie man die Mitglieder noch besser darauf hinweisen kann.

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Den Krankenkassen standen bisher als Wettbewerbsparameter die Ausschüttung einer Prämie oder – das Gegenteil – ein niedrigerer Zusatzbeitrag zur Verfügung. Diese werden nun durch einen niedrigeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag abgelöst. Eine absolute Prämienausschüttung oder ein absoluter Zusatzbeitrag setzt vor allen Dingen bei Versicherten mit niedrigen Einkommen Anreize zum Kassenwechsel. Die neue Regelung mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen setzt die Anreize zum Kassenwechsel – unter Umständen auch zum Wechsel in die private Krankenversicherung – eher bei den Versicherten mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen. Da absolute Beiträge in der Tendenz stärker spürbar sind als proportionale und da der Einzug der einkommensabhängigen Beiträge im



Nur zur dienstlichen Verwendung

Quellenabzugsverfahren erfolgt, ist eine Veränderung der Beiträge im alten System deutlich fühlbarer als im jetzt vorgeschlagenen. Daher würde ich davon ausgehen, dass die Wettbewerbsintensität abnimmt. Wie sie abnimmt hängt auch davon ab, ob und inwieweit die Krankenkassen, die noch relativ hohe Rücklagen haben, von der Möglichkeit eines sehr niedrigen einkommensabhängigen Zusatzbeitrags Gebrauch machen werden.

Sve Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH)): Wir begrüßen die Festsetzung des allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf 14,6 Prozent und die damit verbundene Festschreibung des Arbeitgeberanteils bei 7,3 Prozent ausdrücklich. Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags wird das lohnintensive Handwerk entlasten und ist ein richtiger Schritt, um Wachstum und Beschäftigung zu sichern. Die Festschreibung ist auch deshalb richtig, weil die Arbeitskostenbelastung durch die Sozialbeiträge insgesamt steigen wird. Der Beitrag zur Pflegeversicherung wird um 0,5 Prozent angehoben und der Rentenbeitrag trotz Überschüsse nicht gesenkt. Allerdings – das möchte ich auch feststellen – wird mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages der Anstieg der Lohnzusatzkosten nur begrenzt, aber nicht verhindert. Denn bei steigenden Löhnen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze steigen auch die Arbeitgeberabgaben zur Krankenversicherung. Die Arbeitgeber sind also trotz der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags immer noch an den Kostensteigerungen in der Krankenversicherung beteiligt.

Sve Dr. Anne Scholz (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Ich möchte mich den Ausführungen des ZDH anschließen. Auch wir begrüßen die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags. Dies ist notwendig, damit sich die überproportional steigenden Gesundheitsausgaben nicht negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Ich möchte außerdem betonen, dass die Arbeitgeber weiter an den Kostensteigerungen beteiligt sind, soweit die Gesundheitsausgaben nicht stärker zunehmen als die Löhne und Gehälter. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags werden lediglich zusätzliche Mehrbelastungen durch überproportional steigende Gesundheitskosten vermieden. Mir ist es auch wichtig klarzustellen, dass die Arbeitgeber trotz der Festschreibung des Arbeitgeberanteils einen

deutlich höheren Kostenanteil an der Krankheitsfinanzierung übernehmen als die Arbeitnehmer. Dazu möchte ich nur exemplarisch auf die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall hinweisen. Hier zahlen die Arbeitgeber 33,5 Milliarden Euro. Allein das entspricht 3 Prozentpunkten.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich bin zum Sonderkündigungsrecht gefragt worden. Zunächst ist zu sagen, dass wir uns wünschen, dass beim Sonderkündigungsrecht die Regelung des Kabinettsentwurfs zu Gunsten des Referentenentwurfs zurückgenommen wird. Das Sonderkündigungsrecht soll zum Ersten des Monats, an dem der Zusatzbeitrag bzw. ein erhöhter Zusatzbeitrag erhoben wird, auch ausgeübt und wirksam werden können. Nach dem Kabinettsentwurf wäre das entsprechende Datum der Ablauf des jeweiligen Monats. Die den Krankenkassen auferlegten Hinweispflichten finden wir sehr gut geregelt. Es muss darauf hingewiesen werden, dass bei Erhebung des Zusatzbeitrags oder bei Erhöhung des Zusatzbeitrags der Wechsel in eine günstigere Kasse möglich ist. Auch der Verweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag muss vorhanden sein. Der Kabinettsentwurf sieht dies so vor. Das ist unter Verbraucherschutzrechtlichen Aspekten sehr positiv zu bewerten. Gleichwohl nutzt dem Versicherten allein der Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht viel, denn aus dieser Information kann er noch nicht ersehen, zu welcher anderen Kasse er wechseln könnte. Deswegen schlägt der Caritasverband vor, dass der GKV-Spitzenverband auf seiner Homepage eine Informationsseite einrichtet, auf der die aktuellen Zusatzbeiträge aller Krankenkassen aufgeführt sind und dass die Krankenkassen in ihrem Ankündigungsschreiben auf diese Seite des GKV-Spitzenverbands hinweisen. Natürlich müsste diese Information auch in anderer geeigneter Form zur Verfügung stehen.

SV Kai Helge Vogel (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Vielen Dank für die Frage zu diesem grundsätzlichen und bedeutenden Punkt Sonderkündigungsrecht. Wir sehen die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags natürlich kritischer als viele Vorredner. Deshalb ist für uns das Sonderkündigungsrecht ein wesentlicher Punkt, der zumindest mittelfristig noch Ersparnisse für den Verbraucher bringen kann, wenn er von diesem Recht Kenntnis erhält. Hier schließe ich mich den



Nur zur dienstlichen Verwendung

Ausführungen zur schriftlichen Information und auch zum Kündigungszeitpunkt von Frau Dr. Fix von der Caritas an. Es ist wichtig, dass der Verbraucher rechtzeitig wechseln kann und zumindest die Option hat, eine günstigere Kasse zu finden. Auch aus unserer Sicht ist es wichtig, dass die Transparenz gewahrt ist. Wir haben immer noch 130 Kassen. Deshalb ist es notwendig, dass nicht der Einzelne die für ihn am günstigsten Kasse suchen muss. Allerdings sollte natürlich die Qualität und nicht die Höhe der Beiträge im Vordergrund stehen. Die Regelung zum Zusatzbeitrag drängt dies, auch wenn er positiv einkommensabhängig ist, etwas in den Hintergrund.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich frage Herrn Prof. Wille. Der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA hat sich unter anderem mit der Evaluierung des Jahresausgleichs 2009 und der Zuweisung des Krankengeldes befasst. Bitte erläutern Sie, zu welchen Ergebnissen Sie gekommen sind, insbesondere unter dem Aspekt des Ist-Ausgleichs gegenüber einer Grundlohnkomponente. Zum gleichen Sachverhalt würde ich gern Herrn Dr. Neumann fragen. Der Gesetzesentwurf sieht ferner einen 50-prozentigen Ausgleich vor. Wie bewerten Sie die standardisierte Zuweisung mit Blick sowohl auf den Ist-Kostenausgleich als auch auf die Grundlohnkomponente?

ESV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Der Beirat hat mehrere alternative Modelle durchgerechnet und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass im Vergleich zum Status Quo keines dieser Modelle komparative Vorzüge bzw. weniger Nachteile aufweist. Er hat sich gegen einen Ausgleich der Grundlohnkomponente ausgesprochen, aber kein alternatives Modell empfohlen, auch nicht das hier zur Diskussion stehende. Dieses Modell kursiert zwar unter dem Begriff „BVA-Modell“. Es handelt sich aber nicht um einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Die Befürworter eines Grundlohnausgleichs betonen zu Recht, dass der Grundlohn eine nicht beeinflussbare exogene Komponente darstellt, während die Anzahl der Krankengeldtage, in Grenzen zumindest, steuerbar ist. Gegen einen Ausgleich des Grundlohns spricht der empirische Befund, dass Krankenkassen mit hohen beitragspflichtigen Einkünften ihrer Mitglieder beim Krankengeld in der Tendenz keine

negativen Deckungsquoten aufweisen. Dies geht offensichtlich auf eine niedrigere Mengenkompone-nte, d. h. auf weniger Kranke bzw. kürzere Krankengeldzahlungen zurück. Der Ansatz des Gesetzesentwurfs würde beim Krankengeld Unter- und Überdeckungen in der Tendenz abbauen, wirft aber erhebliche ordnungspolitische Probleme auf. Erstens: Der Risikostrukturausgleich verlässt mit der Einbeziehung laufender Ausgaben den bisher konsequent beschrittenen Weg eines prospektiven Ansatzes. Zweitens: Mit den tatsächlichen Ist-Aufwendungen übernimmt er Elemente eines Finanzausgleichs, was man auch als einen ordnungspolitischen Sündenfall bezeichnen könnte. Drittens: Er setzt bei den Krankenkassen spürbare Anreize, ein weniger engagiertes Krankengeldmanagement zu betreiben. Der Sachverständigenrat hat in einer Umfrage zu den Kostendämpfungsmaßnahmen bei den Krankenkassen festgestellt, dass das Krankengeldmanagement nach der Prüfung der Krankenhausabrechnungen und den Rabattverträgen an dritter Stelle der Kostendämpfungsmaßnahmen rangiert. Es ist in diesem Kontext auch darauf hinzuweisen, dass die Ortskrankenkassen und die großen Ersatzkassen, obwohl sie völlig unterschiedliche Risikostrukturen haben, in der Tendenz eine positive Deckungsquote beim Krankengeld aufweisen. Das legt die Vermutung nahe, dass dies auf ein erfolgreiches Krankengeldmanagement zurückzuführen ist. Beim hälftigen Ausgleich, der ein Teil der Früchte dieses Krankengeldmanagements wegnimmt, besteht die Gefahr, dass sich die Krankenkassen im Rahmen ihrer Nutzen-Kostenrechnung weniger um ein intensives Krankengeldmanagement bemühen werden. Zudem, das wäre mein vierter Kritikpunkt, ist zu erwarten, dass die Krankenkassen bei anderen Problemlagen des Risikostrukturausgleichs ähnliche Maßnahmen fordern werden. Das heißt, die Einbeziehung von Ist-Aufwendungen verringert in nahezu allen Fällen die Spanne der Deckungsausgaben. Wenn wir nur Ist-Aufwendungen einbeziehen würden, hätte jede Krankenkasse eine Deckungsquote von 100 Prozent. Das ist aber nicht die Intention des Risikostrukturausgleichs. Schließlich, als letzter Punkt, gibt der sich abzeichnende lange Geltungszeitraum des Übergangsmodells – es werden zwei Gutachten nachgeschaltet – Anlass zu der Befürchtung, dass das Übergangmodell auf unbestimmte Zeit gelten wird. Insgesamt mag man das Ergebnis dieses Übergangsmodells im Hinblick



Nur zur dienstlichen Verwendung

auf die damit zu erzielende Veränderung der Deckungsquote beim Krankengeld für politisch wünschenswert erachten. Der ordnungspolitische Preis und seine gesundheitspolitischen Risiken erscheinen mir jedoch zu hoch. Im Sinne der funktionalen Kriterien des Risikostrukturausgleichs, insbesondere im Hinblick auf die Exogenität, also die Unbeeinflussbarkeit der Faktoren, erscheint mir beim RSA die Berücksichtigung beispielsweise einer regionalen Komponente wesentlich sinnvoller.

ESV Dr. Karsten Neumann: Die Wirklichkeit ist beim Krankengeld sehr bunt. Bei den Kassen mit hohen Grundlöhnen gibt es im Prinzip zwei Gruppen. Es gibt Kassen, die haben hohe Grundlöhne und wenig Krankengeldtage. Dahinter stehen wahrscheinlich viele Dienstleistungsarbeitsplätze, also sitzende Tätigkeiten im Büro. Es gibt aber auch eine ganze Reihe von Kassen mit hohen Grundlöhnen und einer hohen Anzahl von Krankengeldtagen. Denken Sie beispielsweise an gut bezahlte Facharbeiter in der Industrie, die körperlich arbeiten und damit auch Krankheitsrisiken ausgesetzt sind. Auch diese Kassen sind in dem Gutachten abgebildet. Der Beirat hat vier Quadranten von Kassen gebildet: hohe und niedrige Krankengeldausgaben pro Tag sowie viele und wenige Krankengeldtage. Die Gruppe mit hohen Grundlöhnen und vielen Krankengeldtagen hatte von allen vier Gruppen die größte Fehldeckung. Diese Kassen sind mit 83 Prozent am weitesten von 100 Prozent entfernt. Das allein sollte ein Grund sein, sich mit dem Thema Grundlohn zu befassen und diesen in irgendeiner Form eben doch in das Krankengeldmodell mit einzubringen. Zumal wirtschaftspolitisch festgestellt werden kann, um welche Art von Arbeitsplätzen es sich handelt. Wenn man in diese Modellvergleiche einsteigt – dies wurde in einigen Stellungnahmen bereits getan –, dann muss man sagen, dass diese innerhalb der Kassen extrem weit auseinander liegen. Daher bietet es sich an, diese nicht eins zu eins einzubeziehen, sondern die Extreme durch ein mathematisches Verfahren abzugewichten und Richtung Mitte zu bringen. Es gibt eine Reihe von Dingen, die man relativ einfach machen kann und die aus anderen Zusammenhängen bekannt sind. Ich würde empfehlen, die Modelle mit den echten Zahlen durchzurechnen, um zu sehen, ob nicht doch – das vermute ich – eine Grundlohnkomponente mit einer guten Deckung oder zumindest einer etwas besseren De-

ckung als bei dem jetzt vorgesehenen Modell, eingeführt werden kann. Zum Thema Ist-Ausgleich kann ich mich Herrn Prof. Wille anschließen und aus Sicht der Praxis ergänzen, dass die Kassen sehr genau darauf schauen, wann sie ein Fallmanagement einsetzen. Sie streichen bereits heute alle Maßnahmen weg, von denen sie meinen, dass diese sich nicht rechnen. Das bedeutet, dass ein abgesenkter Anreiz auch Konsequenzen haben wird. Schlussendlich: Alle Modelle, die hier im Raum stehen, sind unvollkommen. Deshalb sollte die Übergangsregelung eine Übergangsregelung bleiben und nicht perpetuiert werden.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich bleibe beim Krankengeld und wende mich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Hermann. Sie haben uns schriftlich darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Berücksichtigung der Morbidität zwischen einer allgemeinen Morbidität und der Morbidität beim Krankengeld zu unterscheiden ist. Daraus schließe ich, dass Übergangsmodelle, die standardisierte Krankengeldzuweisungen vorsehen, nicht zielgerichtet sind. Daran schließen sich zwei Fragen an: Haben Sie belegbare Zweifel, dass die Höhe der Entgelte für die Höhe der Krankengeldausgaben irrelevant ist, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen die Über- und Unterdeckung zwischen den Kassenarten vergrößern und dass die Morbidität beim Krankengeld, insbesondere bei psychischen Erkrankungen und bei Muskel- und Skeletterkrankungen, zwischen Kassen und Kassenarten unterschiedlich verteilt ist? Die zweite Frage: Kann sich die AOK Baden-Württemberg eine Positionierung zum RSA leisten, die zum Abfluss von Geldern führt?

ESV Dr. Christopher Hermann: Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir beim Krankengeld nicht nur eine Grundlohnkomponente, sondern auch eine Morbiditätskomponente zu berücksichtigen haben. Das ist in den Ausführungen von Prof. Wille schon deutlich geworden und bereits in den sehr breiten Ausführungen des Wissenschaftlichen Beirats klar dokumentiert. Der Beirat hat insgesamt – um das noch einmal zu sagen – 27 Alternativmodelle durchgerechnet. Dabei ist er in keinem Fall zu dem Schluss gekommen, dass eines der Modelle vorteilhafter sei als der Status Quo. Es ist völlig richtig, dass die



Nur zur dienstlichen Verwendung

HMG¹, d. h. die allgemeine Morbidität, die im RSA abgebildet wird, natürlich eine völlig andere ist, wenn wir uns die Krankengeldausgaben bzw. die Menschen anschauen, die krankengeldberechtigt sind und Krankengeld beziehen. Das ist eine weitere Komplexität, die in den hier diskutierten Alternativmodellen – nach meinem Dafürhalten und entgegen dem Wissenschaftlichen Beirat – nicht vernünftig adressiert wird. Wir müssten die Morbidität von Menschen berücksichtigen, die tatsächlich Krankengeld beziehen. Dann wären wir eher bei dem eigentlichen Thema. Denn wir wollen die Zuweisungen beim Krankengeld zielführender organisieren und nicht die Krankenkassen dafür belohnen, dass sie Mitglieder mit hohen Grundlöhnen haben. Das kann nicht das Ziel sein. Insofern müsste die Regelung konkreter werden. Bei der AOK Baden-Württemberg haben wir uns sehr genau angeschaut, was hinsichtlich der Morbidität über den RSA zufließt und welche Morbidität wir im Krankengeldbezug haben. Das sind jene Unterschiede, die ich in meiner schriftlichen Stellungnahme dargestellt habe. Wesentliche Morbiditäten beim Bezug von Krankengeld sind die sogenannten F-Diagnosen und degenerative Krankheiten, z. B. Rückenleiden. Wir sind grundsätzlich – das sage ich nicht als Einzelsachverständiger, sondern als Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg – gegen Ist-Ausgleiche, weil sie dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich grundlegend widersprechen und ihn im Kern pervertieren. Wir kommen – Prof. Wille hat ebenfalls darauf hingewiesen – bei Ist-Ausgleichen zu völlig dysfunktionalen Anreizen. Die Krankenkassen werden dazu motiviert, keine Krankengeldfallsteuerung vorzunehmen, sondern die Situation etwas lockerer zu sehen, um das mal so zu sagen. Insofern ist dies der falsche Weg. Solange es keine überzeugenden Alternativen gibt – diese müssten zunächst entwickelt werden, das ergibt sich auch aus der Begründung zum Gesetzentwurf –, ist es nicht zielführend, von den derzeit geltenden Regelungen abzurücken. Ob die AOK Baden-Württemberg daraus kurzfristig finanzielle Vor- oder Nachteile in Höhe von einer, zwei oder fünf Millionen Euro hat, kann für die strukturelle Frage und die konzeptionelle Anlage des Gesamtsystems, angesichts einer Situation, in der wir etwa 11 Mrd. Euro aus dem Risikostrukturausgleich beziehen,

nicht entscheidend sein.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BKK-Dachverband. Ihr Verband schlägt ein eigenes Modell als Übergangsmodell vor. Könnten Sie die Grundzüge dieses Modells aufzeigen und uns insbesondere erläutern, welche Vorteile dieses Modell im Vergleich zu dem Gesetzentwurf haben könnte? Vielleicht könnten Sie, Herr Knieps, zu den Ausführungen Ihres Vorredners Stellung nehmen, wenn Sie das wollen.

SV **Franz Knieps** (BKK-Dachverband e. V.): In der Tat ist das Krankengeld die einzige Leistung, die akzessorisch zur Entgelthöhe ist. Die gesamte Konstruktion des Risikostrukturausgleichs wurde von der Anlage her zum Ausgleich von Leistungsausgaben im Sachleistungssystem konzipiert. Das Thema Krankengeld war von Anfang an umstritten und immer ein Fremdkörper. Wir führen keine neue Debatte, sondern führen diese seit Einführung des RSA bestehende Diskussion fort. Es hat niemand infrage gestellt, dass die Krankengeldausgaben direkt von der Grundlohnhöhe der jeweiligen Kasse abhängig sind. Es wirken sich allerdings noch andere Faktoren aus. Auch das bestreiten wir nicht. Daher haben wir uns für ein Modell entschieden, das nach Möglichkeit alle Faktoren, die die Krankengeldausgaben beeinflussen, in die Zuweisungsberechnung einbezieht. Wir schlagen ein grundlohnorientiertes Modell vor, das die standardisierten Ausgaben mit einer Grundlohnkomponente multipliziert. Wir schlagen aber auch – trotz der Kritik, die von Prof. Wille und Dr. Hermann geäußert worden ist – einen Anteil von 30 Prozent der Ist-Ausgaben vor. Das sehen wir als einen geringen Preis dafür an, dass dann maximale Über- und Unterdeckungsschwankungen ausgeglichen werden. Wir sind davon überzeugt, dass der Hauptfaktor, der Krankengeldausgaben treibt – das können wir auch anhand der Zahlen des BKK-Systems belegen –, die Grundlöhne sind. Wir halten es für an der Zeit, die Vorteile, die Krankenkassen mit niedrigen Grundlöhnen heute haben, zumindest für eine begrenzte Übergangszeit zu reduzieren. Wir haben uns immer dafür ausgesprochen, Krankengeld nicht in der üblichen Systematik des Risikostrukturausgleichs zu betrachten. Deshalb haben wir nun ein Übergangsmodell vorgestellt, das diese drei Komponenten in den Blick nimmt.

¹ Hierarchische Morbiditätsgruppe



Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und danach eine Frage an Dr. Hermann und Prof. Wasem. Ich frage zunächst den GKV-Spitzenverband, wie er die im FQWG vorgesehene Abschaffung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge – der kleinen Kopfpauschale – im Hinblick auf das Ziel der Stärkung der Solidarität in der Versicherungsgemeinschaft beurteilt und was dies letztlich für die Beitragszahler bedeutet. Ferner möchte ich zu den Finanzierungsregelungen im FQWG von Dr. Hermann und Prof. Wasem erfahren, welche Auswirkungen es hat, dass der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent dem Wettbewerb unterliegen wird.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Die Frage nach der Umstellung auf die einkommensabhängigen Beiträge bezieht sich auf die geplante neue Finanzarchitektur. Die Erhebung einkommensabhängiger Beiträge ist ein konstituierendes Prinzip der sozialen Krankenversicherung und insofern auch systemkonform. Wir haben an dieser grundsätzlichen Weichenstellung keine Kritik. Das ändert aber nichts daran, dass – wie gerade schon angeklungen ist – auf die Beitragszahler, die Arbeitgeber und die Versicherten, perspektivisch steigende Belastungen zukommen werden. Bei den Arbeitgebern wird das der Fall sein, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen steigen. Steigen die Ausgaben stärker als die Grundlohnsummen der Kassen, dann müssen die Versicherten dies alleine tragen. Hinzu kommt, dass an anderer Stelle im Bundestag entschieden wurde, den Bundeszuschuss zu kürzen, die Finanzierungsseite also zurückzufahren, was diese Entwicklung verstärken wird. Daher können wir im Zusammenhang mit dieser Regelung nur an das Parlament appellieren, auch künftig die Ausgabensteuerung im Blick zu behalten, weil das ein wesentliches Thema für die Versicherten und letztlich auch für die Arbeitgeber sein wird.

ESV **Dr. Christopher Hermann**: Bei der Frage nach den wettbewerblichen Auswirkungen des Zusatzbeitrags muss man zunächst die heutige Situation ins Auge fassen. Wir haben einen gesetzlichen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag. Er ist durch die Entscheidung der früheren Koalition, einen Beitragssatz von 15,5 Prozent zu erheben, verdeckt worden. Dieser hat zusammen mit der hervorragenden Konjunktur dazu geführt, dass von den Krankenkassen über längere Zeit keine Zusatz-

beiträge erhoben wurden bzw. dass die anfangs erhobenen Zusatzbeiträge wieder entfallen konnten. Was wir jetzt sehen, ist der Wegfall der gerade so bezeichneten kleinen Kopfprämie. Wir haben nun einen Zusatzbeitrag, der, weil er einkommensbezogen ist, Teil des Gesamtbeitrags wird. Die 14,6 plus x Prozent bilden dann den Gesamtbeitrag. In der Vergangenheit sind Krankenkassen immer wieder als Versager hingestellt worden, wenn es ihnen nicht gelungen ist, ohne Zusatzbeitrag auszukommen. Und Versicherte sind auch von der Politik immer wieder aufgefordert worden, in eine andere Krankenkasse zu wechseln, wenn ein Zusatzbeitrag erhoben wurde. Ich habe mit Befriedigung im Gesetzentwurf gelesen – das wurde sehr prominent herausgestellt –, dass man von der einseitigen Fokussierung auf den Preiswettbewerb abrücken und den Fokus richtigerweise stärker auf den Wettbewerb um mehr Qualität in der Versorgung legen will. Leider ist man – wie ich jetzt schon zu Beginn der Anhörung vernehme – durch die Regelungen, die mit der Bekanntgabe zum Zusatzbeitrag gegenüber den eigenen Versicherten zusammenhängen, von dieser Orientierung wieder deutlich abgerückt. Auch Ankündigungen, im nächsten Jahr hätten 20 Mio. Versicherte geringere Beiträge zu erwarten, sind wenig geeignet – um es vorsichtig zu sagen –, die einseitige Fokussierung auf den Preiswettbewerb wegzudrücken. Es ist mitnichten so, dass in Deutschland – und das ist gut so – Krankenkassen ein einheitliches Leistungsspektrum hätten. Natürlich haben wir eine grundsätzliche Leistungsgewährung nach dem SGB V. Aber wie Leistungen erbracht werden und wie die Versorgung gestaltet wird, das ist Gott sei Dank sehr unterschiedlich. Diese Orientierung würde ich sehr gerne in den Mittelpunkt rücken. Insofern hängt es davon ab, wie es von den wesentlichen Akteuren in der Politik gehandhabt wird. Die Frage ist, ob man ein Gleichgewicht zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb erreichen will – ein Ziel, dem ich mich uneingeschränkt anschließen würde –, oder ob man wieder auf die Geiz ist Geil-Methode hinaus will. Diese hat uns und viele andere Kassen in der Vergangenheit in diese unsägliche Sandwich-Situation gebracht und uns genötigt – auch bei einer vernünftigen Versorgung –, in jedem Fall die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu verhindern. Wenn man sich darauf konzentriert, obwohl der faktische Beitragssatz völlig identisch etwa bei 15 Prozent bleibt, aber trotzdem ein Sonderkündi-



Nur zur dienstlichen Verwendung

gungsrecht auslöst, ist das für die Versicherten erstmal überhaupt nicht verständlich. Das gibt es auch in anderen Versicherungsverhältnissen nicht. Diese Situation führt dann dazu, dass man nicht endlich die Versorgung in den Mittelpunkt des Geschehens rückt, sondern nach wie vor die Frage, ob nun 3,50 Euro mehr oder weniger zu zahlen sind, entscheidend bleibt.

ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich habe im Frühjahr 2007 ein Interview in der Wirtschaftswoche gegeben, in dem ich gesagt habe, dass ich es für einen Fehler halte, über den Gesundheitsfonds mit einer Finanzausstattung zu beginnen, die um die 100 Prozent liegt. Prof. Lauterbach war bei dem gemeinsamen Interview dabei. Ich habe die Gefahr gesehen, dass dann, wenn die Kassen im Durchschnitt gerade so mit ihrem Geld auskommen, jene wenigen Kassen, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen, abgestraft werden. Es wird eine Lähmung im System eintreten, weil alle Kassen nur noch darauf achten, den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Genau das haben wir vier Jahre lang beobachten können. Das ist dann 2011 durch das GKV-Finanzierungsgesetz in Verbindung mit der guten Konjunktur genau auf diese Situation austariert worden. Es waren im Hinblick auf eine vernünftige Mischung aus Preiswettbewerb und Qualitäts- bzw. Leistungswettbewerb in der GKV vier verlorene Jahre. Deswegen müssen wir nun mit dieser Reform wieder eine vernünftige Balance herstellen. Ich bin für Preiswettbewerb, ohne Zweifel. Aber der Preiswettbewerb darf nicht alles andere überlagern, wie es in den letzten Jahren der Fall war. Deswegen denke ich, dass das Bündel von Änderungen, das in diesem Gesetzentwurf steht, nämlich die Umstellung von einem einkommensunabhängigen auf einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag in Verbindung mit der Senkung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds, dazu führt, dass im Regelfall die Kassen den Zusatzbeitrag – wahrscheinlich einen von Null verschiedenen –, erheben werden. Dies schafft in Verbindung mit dem Quellenabzugsverfahren die Möglichkeit, wieder zu einer besseren Ausbalancierung zu gelangen. Im weiteren Verlauf hängt Vieles davon ab – das hat Dr. Hermann indirekt am Schluss angesprochen –, wie die übrigen Parameter für den Kassenwettbewerb aussehen. Da erhoffe ich mir vom Versorgungsgesetz II und der Krankenhausfinanzierungsreform weitere Impulse. Insgesamt ist es richtig und sinnvoll, dass durch dieses Gesetz

der Preiswettbewerb etwas an Intensität verliert, so dass die Multidimensionalität des Kassenwettbewerbs mehr Chancen als in der Vergangenheit erhält.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Ich möchte wieder zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA und zum Krankengeld zurückkommen. Meine Fragen richten sich an Prof. Wasem und Dr. Hermann. Zum einen hätte ich gerne eine Bewertung des vom BKK-Dachverband vorgestellten Modells auch im Hinblick auf die Ergebnisse des Berichts vom Wissenschaftlichen Beirat aus dem Jahr 2011. Halten Sie dieses Modell für insgesamt zielgenauer als die im Gesetzentwurf von der Regierung vorgeschlagene 50:50-Regelung? Dann hätte ich gerne noch eine Bewertung der Aussage von Prof. Wille, der ange-regt hatte, den Morbi-RSA um eine regionale Komponente zu erweitern. Auch zum Vorschlag des BKK-Dachverbands, neben dem Regionalfaktor den Risikopool wieder einzuführen, würde mich eine Aussage interessieren.

ESV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Zum ersten Punkt: Herr Knieps hat völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass die Diskussion nicht neu ist. Sie wird bereits seit Einführung des RSA geführt. Bereits im Januar 1993 gab es im Hause des BKK-Bundesverbandes eine Tagung zur Frage, wie man das Krankengeld im RSA behandelt. Bisher ist das Ergebnis jeder dieser Diskussionen, egal ob bei Einführung des RSA im Jahr 2000, oder anlässlich unseres Gutachtens, dass wir die isolierte Einführung einer Grundkomponente nicht betreiben sollten. Prof. Wille hat bereits die Ergebnisse unseres Gutachtens dargestellt. Die Gründe hierfür sind darin eindringlich und mit guter Empirie, wie wir sie bis dahin nicht gehabt hatten, dargelegt worden. Wir haben mehrere Faktoren: Wir haben auf der einen Seite die Preiskomponente beim Krankengeld. Es ist völlig richtig, das bestreitet auch niemand, dass eine Kasse mit einem höheren Grundlohn, pro Krankengeldtag mehr Krankengeldausgaben hat. An der Stelle ist es isoliert gesehen auch falsch, dass wir diese Tatsache nicht berücksichtigen. Auf der anderen Seite steht die Mengenkompone-n-te, d. h. die Anzahl der zu finanzierenden Krankengeldtage. Beide Größen stehen in einer umgekehrten Korrelation zueinander. Tendenziell gilt, je höher der Grundlohn, umso weniger Krankengeldtage, so dass im Durchschnitt die Krankenkassen mit den höheren Grundlöhnen nicht unter-



Nur zur dienstlichen Verwendung

deckt sind. Dr. Neumann hat völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass es unterschiedliche Kassentypen gibt. Es gibt einen Kassentyp, der ist gekniffen, das ist völlig richtig. Das sind jene Kassen mit hohen Grundlöhnen und hohen Krankengeldtagen. Das ist aber nur ein Typ aus der Gruppe der vielen unterschiedlichen Typen von Kassen. Dieser Kassentyp ist hinsichtlich der statistischen Performance aber nicht dominant. Das heißt, wir richten, wenn wir die Grundlohnkomponente isoliert einführen, insgesamt mehr Schaden an, als das wir Nutzen erzielen. Deswegen hat der Wissenschaftliche Beirat, der mit seinen Urteilen sehr vorsichtig war, an dieser Stelle gesagt, dass er das Modell trotz der partiellen Logik des Grundlohns nicht empfehlen kann, weil es insgesamt mehr Schaden anrichtet als es nützt. Deswegen finde ich, dass hier keine Übergangsregelung greifen sollte, wenn wir nicht gleichzeitig auch ein Tool an der Hand haben, um die Mengenkomponekte einzubeziehen. Denn diese ist der Grund für die Probleme. Bei der Mengenkomponekte sind wir mit Alter und Geschlecht viel zu grob. Wir müssten ein viel besseres Instrument haben, um die Krankengeldmorbidity besser abbilden zu können. Wir waren im Wissenschaftlichen Beirat, wenn ich das noch anfügen darf, nicht in der Lage, mit den uns zur Verfügung stehenden Daten ein besseres Modell zu entwickeln. Ich habe nach wie vor die Hoffnung, dass wir, wenn wir schauen, welche Daten noch verwendet werden können, ein besseres Modell entwickeln können. Deswegen ist es sicherlich richtig, ein Gutachten zu beauftragen. Zweiter Punkt: Risikopool. Der Wissenschaftliche Beirat hat jene Form des Risikopools, die es bis Ende 2008 gegeben hat, untersucht und statistisch ziemlich eindeutig festgestellt, dass dieser zu einer besseren Performance sowohl auf der Ebene des einzelnen Versicherten als auch auf der Ebene von Gruppen – Altersgruppen, Morbi-Gruppen –, oder auf Ebene der Kassen führt. Der Wissenschaftliche Beirat hat aber auch darauf hingewiesen, dass die enthaltenen Ist-Ausgabenkomponenten verwaltungsaufwendig sind. Deswegen konnte er aus wissenschaftlicher Perspektive kein eindeutiges Urteil zum Risikopool abgeben, sondern musste auf eine politische Entscheidung verweisen. Insofern kann ich mich nicht mit dem Hut des Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats äußern. Wenn Sie mich persönlich fragen, würde ich sagen, dass die Vorteile eines Risikopools die Nachteile überwiegen.

Aber das ist ein persönliches Werturteil. Ich kann meine Auffassung auch gerne begründen, möchte meine Ausführungen aber nicht zu lange machen. Dritter Punkt: regionale Komponente. Die Regionaldiskussion ist nicht schwarzweiß. Darauf möchte ich hinweisen und das hat auch der Wissenschaftliche Beirat immer betont. Wir haben auf der einen Seite unzweifelhaft Gründe, die dafür sprechen, dass die Ausgaben zwischen den Regionen unterschiedlich sind und von den Kassen nicht gesteuert werden können. Das spricht dafür, über eine Regionalkomponekte nachzudenken. Auf der anderen Seite haben wir aber auch in den Regionen Faktoren, die die Kassen steuern können. Hier wollen wir, dass die Kassen diese Steuerung auch wahrnehmen. Dies spricht gegen die Regionalkomponekte. Bei der Regionalkomponekte bin ich selber seit 20 Jahren hin- und hergerissen. Es gibt gute Argumente für eine Regionalkomponekte und es gibt gute Argumente gegen eine Regionalkomponekte. Aus wissenschaftlicher Sicht kann ich Ihnen sagen, es gibt Vor- und Nachteile. Die letztliche Abwägung ist eine politische und keine wissenschaftliche.

ESV Dr. Christopher Hermann: Zum Grundlohn möchte ich es kurz machen. Prof. Wasem hat nochmal verdeutlicht, dass eine isolierte Betrachtung von Grundlöhnen bei der Zuweisung von Krankengeld mehr Schaden anrichtet als heilt. Insofern ist dies auch abzulehnen. Man muss den gesamten Strauß der notwendigen Veränderungen in den Blick nehmen. Dazu fehlt aber noch die wissenschaftliche Durchdringung. Zur Regionalkomponekte: Auch dazu kennen wir, das ist implizit schon deutlich geworden, trotz 20-jähriger Diskussion in Deutschland keine überzeugende Konzeption. Aus einer Reihe von Untersuchungen wissen wir allerdings, das lässt sich auch an den Werten einer großen Regionalkasse wie der AOK Baden-Württemberg ablesen, dass wir Regionen haben, die im RSA tendenziell eine Unterdeckung haben, z. B. verstädterte Regionen. Es gibt aber auch Regionen im ländlichen Bereich, die durch die Zuweisungen überdeckt sind. Dies ist allerdings ein so grobes Raster, dass es auf jeden Fall dazu führt, dass Sie mit den gängigen Regelungen der gebietskörperschaftlichen Abgrenzungen, wie wir sie in Deutschland kennen, nicht weit kommen. Das führt dazu, dass wir offenbar eine andere Vorgehensweise benötigen, wenn Sie die Zielgenauigkeit im Fokus haben – und darum sollte es



Nur zur dienstlichen Verwendung

gehen. Das können Sie sich in den Niederlanden, die schon sehr lange solche Regionalkomponenten in ihrem RSA eingeführt haben, ansehen. Es ist ein sehr komplexes Gebilde, das man dort mittlerweile entwickelt hat. Zum Risikopool ist schon Einiges richtig ausgeführt worden. Er bringt zwar bei Ausreißern eine gute Deckung. Wenn man ihn aber einführen würde, würde wiederum die Zielgenauigkeit des RSA insgesamt darunter leiden, weil sich die Gesamtsumme im RSA nicht verändert. Dies ist ein schwieriges Feld. Ich möchte explizit darauf hinweisen, dass dadurch wieder partielle Ist-Ausgleiche in den RSA eingeführt und damit falsche Anreize gesetzt würden. Es muss um die Versorgungssituation gehen, um multimorbide Menschen, um Hochrisikofälle, wie es im Fachjargon heißt. Es muss darum gehen, dass eine Krankenkasse eine stabile Gesamtversorgungssituation durch ihr Fallmanagement, durch ihre Sorge um diese Versicherten, ins Auge nimmt und nicht darum, dass sie sich zurücklehnt, weil sie ein Großteil, wie groß dieser dann im Einzelnen auch wäre, als Ist-Kostenausgleich ersetzt bekommt. Wenn Sie hier tatsächlich zu einer zielgenaueren Zuweisung kommen wollen, dann wäre es aller Ehren wert, darüber zu diskutieren. Darauf hat der Wissenschaftliche Beirat hingewiesen. Der Wissenschaftliche Beirat hat zudem empfohlen, im Morbi-RSA die Begrenzung auf 80 Krankheiten aufzuheben. Dann würden Sie eine höhere Zielgenauigkeit auch gegenüber den Menschen oder den Fällen erreichen, die Sie beim Hochrisikopool im Auge haben dürften. Das hat der Wissenschaftliche Beirat empirisch für das Jahr 2009 belegt. Wenn wir uns anschauen, was wir mittlerweile über das Jahr 2010 durch die kompetenten Veröffentlichungen des Bundesversicherungsamtes wissen, dann wird tendenziell das gleiche Ergebnis bestätigt. Die hohe Stabilität dessen, was sich 2009 zeigte, zeigt sich auch 2010. Deshalb, wenn Sie eine Veränderung wollen, dann sollte die Begrenzung auf 80 Krankheiten im Fokus stehen und nicht der Rückfall zum Ausgabenausgleich.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Prof. Greß. Der Anspruch des Gesetzes ist es im Prinzip, die GKV auf eine dauerhaft solide Grundlage zu stellen. Sehen Sie das aus Ihrer Sicht auch so und ist die Einführung kassenindividueller Zusatzbeiträge alternativlos?

ESV **Prof Dr. Stefan Greß**: Ich habe das auch in der

Gesetzesbegründung gelesen. Ich kann diese Behauptung nicht nachvollziehen, weil sich im Grundsatz wenig geändert hat. Es hat sich etwas an der Bemessung des Zusatzbeitrages geändert, aber der Kreis der Beitragszahler und damit auch die Abgrenzung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ist identisch geblieben. Das heißt, die gesetzliche Krankenversicherung wird weiterhin durch die Abwanderung von einkommensstarken und gesunden Versicherten in die PKV belastet werden. Die Bemessungsgrundlage der einkommensabhängigen Beiträge ist ebenfalls unverändert, denn die Ungleichbehandlung von Erwerbs- und Vermögenseinkommen bleibt bestehen. Einkommen oberhalb der Bemessungsgrenze werden auch weiterhin nicht der Beitragspflicht unterworfen. Die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV bleibt damit erhalten. Das wird momentan durch die zugegebenermaßen außergewöhnlich gute konjunkturelle Situation überdeckt. Sie wird uns aber in der nächsten konjunkturellen Krise wieder vor Augen geführt werden. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass durch die Senkung des Bundeszuschusses, der angeblich zunächst einmalig für das Jahr 2013 abgesenkt wird, und auch durch das Haushaltsbegleitgesetz dem Gesundheitsfonds 8,5 Mrd. Euro entzogen werden. Im Vergleich zum Status quo ante wird dem System insgesamt Geld entzogen. Deswegen kann ich die Entlastung von 20 Millionen Mitgliedern, die angeblich weniger Beiträge zahlen wollen, ebenfalls nicht nachvollziehen. Ihre zweite Frage bezog sich auf die kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die dysfunktionalen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge abgeschafft werden. Sie haben nicht zu einem funktionierenden Preiswettbewerb, sondern zu einer Überbetonung der Preiskomponente geführt. Es gab keine erhöhte Nachhaltigkeit in der Finanzierung aber einen hohen bürokratischen Aufwand, wenn denn Zusatzbeiträge erhoben würden. Aus meiner Sicht sind einkommensabhängige Zusatzbeiträge als preislicher Wettbewerbsparameter vergleichsweise besser geeignet, weil sie die Preiskomponente nicht überbetonen, wie das in der Vergangenheit geschehen ist. Problematisch finde ich allerdings die einseitige Belastung der Versicherten und die Finanzierung steigender Ausgaben überwiegend durch die Versicherten.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich habe Fragen



Nur zur dienstlichen Verwendung

an Dr. Spieler von der Volkssolidarität. Welche Bedeutung hat aus Ihrer Sicht die paritätische Finanzierung und welche Folgen sehen Sie durch ihre Schwächung? Welche Belastungen kommen Ihrer Meinung nach auf die Versicherten zu?

SV Dr. Alfred Spieler (Volkssolidarität Bundesverband e. V. (VS)): Aus Sicht der Volkssolidarität ist eine solidarische gesetzliche Krankenversicherung unbedingt auf die paritätische Finanzierung angewiesen. Diese hat sich auch bewährt. Wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das wäre nicht so, wenn wir in der Vergangenheit nicht auf die paritätische Beteiligung von Arbeitgebern und Krankenversicherten hätten zurückgreifen können. Allerdings muss man feststellen, dass sich in den letzten Jahren die Relation geändert hat. Formal haben wir zwar die Parität mit einem momentanen Beitragssatz von 7,3 Prozent für jede Seite. Real haben sich jedoch die Relationen verschoben. Manche sprechen von einem Verhältnis von 60 zu 40. Dies wird damit begründet, dass derzeit ein Sonderbeitrag von 0,9 Prozent erhoben wird und dass es im erheblichen Maße Auf- und Zuzahlungen gibt. Allein im Jahre 2012 lagen diese noch bei knapp 5,5 Mrd. Euro. Durch die Abschaffung der Praxisgebühr hat sich dieser Betrag etwas verringert. Wir dürfen auch nicht darüber hinwegsehen, dass eine Reihe von Leistungen ausgegliedert wurde und nun von den Versicherten privat finanziert werden muss. Aus unserer Sicht würde das GKV-FQWG dazu beitragen, diese Relationen weiter zu Ungunsten der Versicherten zu verschieben. Das ist nicht nur ein Finanzierungsproblem, sondern wirkt sich auch negativ auf die Versorgung aus. Ich möchte im Hinblick auf die Belastungen darauf aufmerksam machen, dass man den Zusammenhang mit der Entwicklung in anderen sozialen Sicherungssystemen sehen muss. Wir stehen kurz vor der Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags um 0,5 Prozent. Ich darf daran erinnern, dass Rentnerinnen und Rentner diesen Beitrag seit 2004 allein zu tragen haben. Der Beitrag wird am Ende der Legislaturperiode bei 2,55 Prozent liegen. Er addiert sich zum Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung, der ab 2016 durchaus jedes Jahr um etwa 0,2 bis 0,3 Prozent steigen könnte. Zudem sollte man berücksichtigen, dass diese Veränderungen vor dem Hintergrund eines sinkenden Rentenniveaus passieren. Das heißt, wir haben hier eine Schere, die sich zu Ungunsten der gesetzlich Krankenversicherten, insbesondere von

Rentnerinnen und Rentnern, öffnet. Wir sind daher ähnlicher Meinung wie die zuständigen Ausschüsse des Bundesrates, die ebenfalls auf diese Entwicklung hinweisen und deshalb eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung einfordern.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an den SoVD. Erste Frage: Welche Folgen befürchten Sie für die Beitragsentwicklung der GKV und wie werden die Krankenkassen und wie wird der Gesetzgeber reagieren? Zweite Frage: Welche Anforderungen stellen Sie an eine nachhaltige und verlässliche Finanzierungsgrundlage und werden diese durch den Gesetzentwurf erfüllt?

SV Fabian Skékely (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Was befürchten wir für die Beitragsentwicklung? Wir haben es heute schon gehört: Der paritätische Beitragssatz wird bei 7,3 Prozent festgesetzt. Wir sehen es ähnlich wie die Volkssolidarität. Auch wir rechnen mit einem jährlichen Anwachsen der Zusatzbeiträge um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte. Das heißt, dass wir im Jahr 2020 bei Arbeitnehmergesamtbeiträgen von über 10 Prozentpunkten sein werden. Für den SoVD stellt sich natürlich die Frage, ob das wirklich durchzuhalten ist und ob Arbeitnehmerbeiträge von über 10 Prozent, bei Arbeitgeberbeiträgen von weiterhin 7,3 Prozent, politisch begründbar sind. Wir sehen die Gefahr, dass wir langfristig, spätestens zu diesem Zeitpunkt, in Spar- und Kürzungsgesetze verbunden mit Leistungskürzungen zu Lasten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen hineinlaufen werden. Zudem haben wir natürlich die Befürchtung, dass die Krankenkassen versuchen werden, den Anstieg der Zusatzbeiträge durch eine restriktive Leistungsgewährung zu bremsen. Das sind Auswirkungen für die Versicherten, die wir als Sozialverband nicht hinnehmen können.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den Vertreter des DGB. Im Zusammenhang mit dem Gesetz ist immer auch die Rede davon, dass damit eine Stärkung der Beitragsautonomie der Kassen einherginge – das sagen zumindest die Kassen und das Bundesministerium. Wie ist Ihre Haltung dazu?

SV Knut Lambertin (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir können diese behauptete Stärkung der Beitragsautonomie nicht erkennen. Es gibt bereits



Nur zur dienstlichen Verwendung

jetzt die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben. Bei guten Rahmenbedingungen konnten auch Beiträge zurückgezahlt werden. Das Problem, das wir dabei sehen, ist, dass die meisten Ausgaben in der Gesundheitspolitik politisch beschlossene Ausgaben sind. An dieser Stelle wird somit der schwarze Peter der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen zugeschoben, denn diese müssen über Beitragsanhebungen, die nur die Arbeitnehmer betreffen, diese Ausgaben finanzieren, obwohl die Ausgaben eigentlich politisch bestellt sind.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Prof. Greß. Bei dem geplanten Qualitätsinstitut geht es auch darum, dass bei der Kalkulation der Krankenhausvergütung von Zu- und Abschlägen die Rede ist, je nachdem wie Qualitätsparameter erreicht wurden. Welche Probleme sehen Sie, wenn es Zu- und Abschläge in Abhängigkeit von der Qualität gibt?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Im Gesetz geht es zunächst nur um das Qualitätsinstitut und noch nicht um Zu- und Abschläge. Grundsätzlich finde ich die Einrichtung eines solchen Instituts und die daraus hoffentlich entstehende Transparenz insbesondere für die Versicherten positiv. Diese sind durch die vielen Portale und Berichte, die es zu dieser Thematik gibt, wahrscheinlich nicht ganz sicher, wem sie glauben sollen. Aber die wichtige Frage, die ich zumindest problematisieren würde, ist: Was passiert mit diesen Qualitätsinformationen? Ich warne dringend davor, Pay-for-Performance, wie es so schön heißt, also eine leistungs- oder erfolgsabhängige Vergütung als Wunder- oder Zaubermittel zu betrachten, weil ich nicht glaube, dass allein ein solches Vergütungssystem die Ursache von Qualitätsdefiziten, wenn wir beispielsweise über die stationäre Versorgung reden, beseitigen würde. Ich erinnere an die Investitionsfinanzierungsquote der Länder, die in den letzten 20 Jahren deutlich zurückgegangen ist, und die viele Krankenhäuser vor erhebliche Probleme stellt. Erstens: Zuschläge für höhere Qualität würden bei unveränderten Rahmenbedingungen, insbesondere jener für die Investitionsfinanzierung der Bundesländer, die Krankenhäuser belohnen, die Investitionen entweder durch den Zugang zum Kapitalmarkt oder durch die Mengenausweitung besonders profitabler Interventionen besonders gut finanzieren können. Das halte ich für problematisch. Zweitens: Wir wissen aus internationalen Vergleichen von

Pay-for-Performance, dass erfolgsabhängige Vergütungssysteme jene Interventionen besonders fördern, für die sie gedacht sind. Wir wissen aber auch, dass Akteure, beispielsweise Krankenhäuser, alles andere ein bisschen weniger intensiv betreiben. Es entsteht eine Art Tunnelblick. Das kann man befürworten, sollte man aber in jedem Fall berücksichtigen. Aus meiner Sicht sollten Abschläge für schlechtere Qualität vermieden werden. Schlechte Qualität sollte gar nicht finanziert werden, ansonsten entsteht der Eindruck eines Discountsektors – zwei Knieoperationen zum Preis von einer. Ich glaube nicht, dass das bei den Versicherten gut ankommen würde. Deshalb: Zuschläge: Vielleicht. Rahmenbedingungen verändern: Ja. Abschläge: Auf keinen Fall.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich hätte eine Frage an Dr. Steffens von der Diakonie. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen eine dienende Funktion haben soll. Könnten Sie dies bitte näher erläutern? Ich habe zudem eine Frage an den DGB. Gibt es durch den Gesetzentwurf für freiwillig Versicherte verstärkte Anreize, in die private Krankenversicherung zu wechseln und warum?

SV **Dr. Thomas Steffens** (Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Diakonie Deutschland)): Wir haben den Satz von der dienenden Funktion in unsere Stellungnahme eingebaut, um zu betonen, dass es darum geht, wettbewerbliche Elemente auf der einen Seite und auf der anderen Seite das Thema Solidarität bzw. solidarische Krankenversicherung auszubalancieren. Wir denken, dass der Wettbewerb sowohl bei den Leistungserbringern als auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine Rolle spielt. Er muss aber in eine solidarische Wettbewerbsordnung eingebettet sein. Dies ist der philosophische Hintergrund, vor dem wir unsere Positionierung vertreten haben und vor dem wir die einzelnen Elemente der anstehenden Reform, teils positiv, wie z. B. die Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages, in mancher Hinsicht aber auch kritisch bewertet haben.

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Unserer Meinung nach werden die stärker steigenden Preise bzw. die Arbeitnehmerzusatzbeiträge auch weiterhin gutverdienende abhängig



Nur zur dienstlichen Verwendung

Beschäftigte in das System der privaten Krankenversicherungswirtschaft treiben. Wie ich Prof. Wille verstanden habe, sieht er das genauso.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen an den paritätischen Wohlfahrtsverband zum geplanten Qualitätsinstitut. Sehen Sie die Unabhängigkeit des Instituts für Qualität gewährleistet? Wie bewerten Sie die Abweichung zwischen Referentenentwurf und Gesetzesentwurf in dieser Hinsicht?

SV **Joachim Rock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Wir sehen bei der Sicherstellung der Unabhängigkeit durchaus Verbesserungsbedarf. Die Veränderungen zwischen Referentenentwurf und Gesetzesentwurf bedeuten zu unserem Bedauern diesbezüglich leider keinen Fortschritt. Es fehlt an eindeutigen Regelungen zum Ausschluss von Interessenkonflikten. Im Referentenentwurf war vorgesehen, dass mögliche Interessenkonflikte in jedem Fall offen zu legen sind. Nun ist im geplanten § 137a Absatz 9 SGB V lediglich formuliert, dass der Stiftungsvorstand dafür Sorge zu tragen habe, dass Interessenkonflikte der Beschäftigten und der im Gesetz genannten Beteiligten vermieden werden. Das ist uns zu wenig. Anders als bei der Regelung für das IQWiG ist bei der Vergabe von Forschungs- und Entwicklungsaufgaben auch nicht vorgesehen, dass die externen Sachverständigen Interessenskonflikte aufdecken müssen. Das hätten wir uns gerade bei einem Institut, das der Transparenz gewidmet ist, in jedem Fall gewünscht. Es heißt weiter, dass bei der Entwicklung der Inhalte diverse Verbände zu beteiligen sind. Aus unserer Sicht wäre es zielführender gewesen, wenn man eine Beteiligung nicht nur bei den Inhalten, sondern auch in Form eines Rechts zur Abgabe von Stellungnahmen formuliert hätte, um die Unabhängigkeit des Instituts zusätzlich zu betonen. Wir denken, dass eine solche Nachbesserung sinnvoll wäre, um gerade die Legitimation und die Glaubwürdigkeit des Instituts in Zukunft zu stärken.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Zur UPD liegen ein Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen und ein Änderungsantrag von uns vor. In unserem Änderungsantrag ist aufgenommen, dass wir uns einen kleinen Extraetat für Modellprojekte für die Phase des Aus- und Aufbaus wünschen. Ich frage den SoVD und die BAG Selbsthilfe: Was hal-

ten Sie von solch einem Zusatzetat für die Phase des Aus- und Aufbaus der UPD?

Abg. **Fabian Székely** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Wir finden diese Forderung gut, weil sich die UPD derzeit in der Ausbauphase befindet. Es können neue Projekte entwickelt und es kann nachgeschaut werden, ob man mit der Selbsthilfe eine engere Vernetzung herstellen und damit die Akzeptanz der UPD ein bisschen verstärken kann.

SV **Dr. Siiri Doka** (BAG Selbsthilfe e. V.): Wir schließen uns dieser Aussage an. Auch wir halten die Vernetzung mit der Selbsthilfe für wichtig, da es unterschiedliche Beratungsangebote sind. Diese müssten verquickt werden. Das wäre sicherlich auch ein Mehrwert für die Versicherten und Patienten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum einen beginne ich mit Fragen zur Beitragsbelastung und zur Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages. Ich frage den Paritätischen Gesamtverband. Wie bewerten Sie diese Festschreibung und was bedeutet diese für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen?

SV **Dr. Joachim Rock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Es ist die Überzeugung unseres Verbandes – das wird bei unserem Verbandsnamen jetzt nicht zu großer Verwunderung führen –, dass die paritätische Finanzierung ein wesentlicher Bestandteil eines sowohl gerechten und leistungsfähigen als auch wirtschaftlichen Sozialsystems ist. Parität und Solidarität gehören aus unserer Sicht unbedingt zusammen. Ein Abschied von der Parität bedeutet für uns den fortgesetzten Einstieg in den Ausstieg aus der Solidarität im Sozial- und Gesundheitswesen. Ich halte das persönlich auch für eine historische Zäsur, wenn die Form der Finanzierung in dieser Art und Weise verabschiedet wird. Die Kürzungen des Bundes werden zu erheblichen Mehrbelastungen und zu mehr Druck im System führen und werden die Versicherten stärker belasten. Dr. Spieler hat das in seinem Beitrag schon hervorgehoben. Der Paritätische befürchtet eine stetige Verschärfung der sozialen Ungleichheit und eine spürbare Verschlechterung der Versorgungssituation der Betroffenen. Wir erleben bereits jetzt in der Praxis, dass die Finanzierung für viele Betroffene, ich nenne insbesondere Selbständige,



Nur zur dienstlichen Verwendung

schwierig ist. Zudem haben wir viele Nichtversicherte, für die der Rückweg in die gesetzliche Krankenversicherung dadurch nicht unbedingt erleichtert wird. Kurz, wir sehen die Entwicklung mit sehr großer Sorge.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage sowohl an die Verbraucherzentrale als auch an den Verband der Ersatzkassen. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages erhalten wir eine neue Finanzstruktur und -architektur. Was bedeutet dies für die Rolle der Arbeitgeber innerhalb der Selbstverwaltung?

SV **Kai Helge Vogel** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Zum Thema Arbeitgeber und Festschreibung des Beitragssatzes hatte ich mich in meiner ersten Rückmeldung schon kritisch geäußert. Hier würde ich mich dem Paritätischen anschließen. Wir sehen es als problematisch an, wenn der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben wird, weil sich die Arbeitgeber dann nur begrenzt für steigende Gesundheitsausgaben interessieren. Natürlich kann es sich in verschiedenen Konstellationen auch anders auswirken. Aber das grundsätzliche, positive Interesse der Arbeitgeber an der Begrenzung der ansteigenden Gesundheitsausgaben sehen wir dadurch nicht mehr gegeben. Wir sehen darin natürlich auch die Gefahr. Außerdem werden die einzelnen Versicherten höher belastet.

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Insgesamt begrüßen wir die Umstellung der Finanzierung auf die neue Finanzierungsarchitektur. Wir sehen in der paritätischen Aufteilung des allgemeinen Beitragssatzes zumindest ein Zeichen dafür, dass der Arbeitgeberbeitrag nicht dauerhaft festgeschrieben ist. Wir würden uns aber wünschen, dass wir einen Mechanismus bekommen, der sicherstellt, dass der Arbeitgeberbeitrag eben auch angepasst wird, wenn sich der allgemeine Beitragssatz weiterentwickelt. Denn wir halten es für unerlässlich, dass sich in der solidarischen Krankenversicherung auch die Arbeitgeber an den Ausgabensteigerungen beteiligen, wie es in anderen Sozialversicherungszweigen auch der Fall ist.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Verband der Ersatzkassen. Wie kann in Zukunft sichergestellt werden, dass die Beitragsmittel der Versicherten

nicht haushaltspolitischen Zwecken dienen müssen, und damit quasi eine Art Steuererhöhung durch die Hintertür nur für die Versicherten entsteht?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir haben erlebt, dass in den vergangenen Jahren die für versicherungsfremde Leistungen vorgesehenen Steuermittel gekürzt wurden. Das gilt auch für die nächsten beiden Jahre, so dass nicht alle versicherungsfremden Familienleistungen durch die Steuermittel entsprechend finanziert werden können. Wir glauben, dass das ein Stückweit dadurch begünstigt wurde, dass der Gesundheitsfonds Rücklagen hatte. Diese sind Beitragsmittel der Versicherten. Deshalb möchten wir anregen, dass der Gesundheitsfonds nicht nur eine Mindestreserve, sondern auch eine Obergrenze hat, die beispielsweise bei 35 Prozent liegen könnte. Jene Mittel, die über dieser Obergrenze liegen, sollten an die Kassen ausgezahlt werden und so zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben genutzt werden können. Sie würden sich auf die Beitragssätze mindernd auswirken.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine weiteren Fragen drehen sich um den Morbi-RSA. Eine Frage an Prof. Wasem: Wir haben eben über das Krankengeld gesprochen. Prof. Wille hat auch nochmal darauf hingewiesen, dass das die drittgrößte Stellschraube bei den Kostendämpfungselementen ist. Wie bewerten Sie die Übergangsregelung im Hinblick auf die Krankengeld beziehenden Versicherten. Wir haben Hinweise aus der Praxis, dass es in einigen Bereichen ein sehr stark überzogenes Krankengeldmanagement gibt. Ich habe heute Morgen wieder eine wirklich erschütternde Zuschrift erhalten. Sehen Sie jetzt diese 50:50-Regelung als eine Dämpfung an und reicht das?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Frau Abgeordnete, ich bin für die Frage dankbar, weil Kollege Prof. Wille das Bild in den Raum gestellt hat, dass jegliche Berührung mit Ist-Ausgaben ordnungspolitisch des Teufels ist. Ich finde, die Ordnungspolitik ist an dieser Stelle nicht so eindeutig. Deswegen war ich damals auch einer derjenigen, die den Risikopool mit einer partiellen Ist-Ausgabendeckung 2001/02 auf den Weg gebracht haben. Wir haben jetzt, das darf man nicht vergessen, auch wenn die Übergangsregelung so kommt, nach wie vor eine



Nur zur dienstlichen Verwendung

50 Prozent-Interessenquote der Kassen. Nach den Erfahrungen, die wir mit dem Risikopool gemacht haben, hatte ich nicht den Eindruck, dass damals die Selbstbeteiligung beim Risikopool von 50 Prozent die Aktivitäten der Kassen zum Erlahmen gebracht hat. Deshalb denke ich, man kann aus einer ordnungspolitischen Haltung heraus nicht grundsätzlich folgern, dass die Berücksichtigung von Ist-Ausgaben generell schlecht ist. Im konkreten Einzelfall haben wir in der Tat einen Zielkonflikt. Wir wollen einerseits, dass die Kassen Fallmanagement im Bereich des Krankengeldes betreiben. Das ist klar, denke ich. Wir wollen aber andererseits auch, dass sie nicht übers Ziel hinausgehen. Ich habe auch die Presseartikel der letzten Monate verfolgt, in denen berichtet wurde, dass die Kassen mit ihren Steuerungsaktivitäten über das Ziel hinaus schießen. Vor diesem Hintergrund ist eine gewisse Abschwächung dieser Scharfschaltung, wie sie sie mit einem solchen Hybriden bewirkt wird, möglicherweise gar nicht so verkehrt. Und noch einmal: Ich finde eine Eigenquote der Kassen von 50 Prozent ist nach wie vor alles andere als ein Ist-Ausgabenausgleich. Von daher würde ich persönlich sagen, den Weg kann man gehen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Nachfrage. Im Gesetzentwurf wird auf Gutachten hingewiesen, durch die einerseits eine neue Anschlussregelung für das Krankengeld gefunden werden soll und andererseits weitere Einflussgrößen auf die Ausgabenentwicklung im Krankengeld betrachtet werden sollen. Reicht Ihnen diese Fragestellung oder hätten Sie Vorschläge zu weiteren Themen, die man einbeziehen könnte?

ESV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Wenn ich den Gutachtenauftrag richtig interpretiere, ist das ein zweistufiges Verfahren. Was mich an der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes ein bisschen irritiert hat, ist, dass offensichtlich nicht hinreichend klar ist, an welcher Stelle man bei der Morbidität ansetzen kann. Das muss man sich sehr schnell nochmal angucken. Ich würde sowohl bei der generellen Morbidität als auch bei der krankengeldspezifischen Morbidität, auf die Dr. Hermann vorhin hingewiesen hat, nachschauen. Ich würde darüber hinaus dort schauen, wo die Kassen Daten in ihren Datenbeständen haben, die gegenwärtig nicht routinemäßig für den RSA zur Verfügung stehen, z. B. Branchenzugehörigkeit, Tätig-

keitsschlüssel oder sonstige sozioökonomische Merkmale. Mein Eindruck ist, dass der Gutachtenauftrag es hergäbe zunächst soweit zu schauen und dann in der zweiten Stufe, die Daten konzeptionell verdichtet und diese in der dritten Stufe empirisch überprüft. Nur so würde es für mich einen Sinn ergeben. Wenn Sie jetzt konkret sagen würden, dass es Bremsen gebe, dann müsste man dies nochmal prüfen. Ich habe beim Lesen keine gefunden. Es müssen natürlich Daten sein, die sich in den Datenbeständen der Kassen befinden. Dies setzt eine Grenze. Es ist unrealistisch, Daten für eine solche Analyse zu erschließen, die überhaupt nicht im GKV-System vorliegen. Das wäre eine Wiedervorlage für 2030 und das wollen wir alle nicht.

Abg. **Elisabeth Scharfenberg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es geht um das Qualitätsinstitut. Ich möchte gern die BAG Selbsthilfe bezüglich der Patientenbeteiligung ansprechen. Wie kann bei einem neuen Qualitätsinstitut eine Patientenbeteiligung am besten realisiert werden und welche Rechte sollten der Patientenvertretung eingeräumt werden?

SVe **Dr. Siiri Doka** (BAG Selbsthilfe e. V.): Wir begrüßen die Einrichtung eines unabhängigen Instituts und hoffen, dass die Unabhängigkeit zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung führt. Wir sehen die Patientenbeteiligung ein Stückweit auch als Motor für Verbesserungen. Denn wir haben in den letzten Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Diskussion um die Qualitätssicherung erfahren müssen, dass starke wirtschaftliche Interessen durchaus hindernd wirken können. Insoweit wünschen wir uns eben nicht ein Mehr an Bürokratie, sondern echte Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten. Wir halten es deshalb für wichtig, dass die Patientenvertretung ein eigenes Antragsrecht im Institut erhält. Im Moment ist der Gesetzentwurf so ausgestaltet, dass die Patientenvertretung nur ein indirektes Antragsrecht über den G-BA hat. Wir können aber unter Umständen mit unserem Anliegen nicht durchdringen, wenn die Bänke das Anliegen nicht für notwendig halten. Ich möchte darauf verweisen, dass wir in der Vergangenheit über unser Antragsrecht wichtige Impulse gesetzt haben. Man denke an die nosokomialen Infektionen, die sogenannten Killerkeime. Wir würden uns wünschen, Sitz und Stimme im Stiftungsvorstand zu erhalten.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Viele Aufgaben des Instituts, wie die Module zur Patientenbefragung, die Veröffentlichung der Qualitätssicherung in allgemeinverständlicher Weise und vergleichende Informationen über die Qualität stationärer Versorgung, benötigen grundlegend Patientenkompetenz. Deshalb halten wir es für notwendig und wichtig, dass die Patientenvertretung im Vorstand des Qualitätsinstituts mit Sitz und Stimme vertreten ist.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte Fragen an den GKV-Spitzenverband. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme, dass nur für den stationären Bereich im Wesentlichen einrichtungsbezogene Qualitätsvergleiche vorgenommen werden sollen. Warum wäre dies auch für den ambulanten Bereich sinnvoll? Welche Daten wären dazu notwendig, liegen diese Daten bereits vor oder müssten sie erst erhoben werden?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Durch die Einbeziehung des ambulanten Sektors besteht natürlich die Möglichkeit, mehr Transparenz zu schaffen. Das bringt Vorteile für Patienten, Versicherte und auch für die Vertragspartner. Wir haben heute im Gesetzentwurf stehen, dass es um die sektorübergreifende Qualitätssicherung und die Veröffentlichung der stationären Daten geht. Wir fordern schon seit längerer Zeit, dass dies auch für den ambulanten Bereich gelten soll. Welche Daten benötigen wir noch? Es gibt nur vereinzelt Bereiche, in denen die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich datengestützt vorgenommen wird. Dazu brauchen wir natürlich die entsprechenden Datencodes, also die Kodierungen der ärztlichen Leistungen, da die Prozeduren identifiziert werden müssen. Das ist alles erforderlich, um eine vernünftige Qualitätssicherung ambulant, stationär und sektorübergreifend leisten zu können.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Paritätischen Gesamtverband und die BAG Selbsthilfe. Sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Aufgaben des neu zu schaffenden Qualitätsinstituts ausreichend oder welche weiteren Zuständigkeiten zur Bewertung der Versorgungsqualität anderer Sektoren schlagen Sie vor?

SV **Dr. Joachim Rock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Aus unserer Sicht muss grundsätzlich

die Qualität der Leistung in der gesamten Behandlungskette bewertet werden, d. h. ambulant, stationär, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation. Das ist auch aufgrund der zahlreichen Schnittstellen ein Gebot der Vernunft und der Transparenz. In der Pflege erfolgt die Überprüfung zurzeit durch den MDK, der uns aber als Institution nicht unabhängig genug ist. Die Belange der Betroffenen werden dabei nicht genügend berücksichtigt. In der Reha gibt es zurzeit Zertifizierungsverfahren, die allerdings nicht den Erfolg der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen bewerten. Hier hätte das neue Institut einige zusätzliche Aufgaben, auch im Hinblick auf die Transparenz für die Patienten. Wenn das Erkenntnisinteresse nur auf Leistungen des SGB V eingeengt wird, bleiben für die Betroffenen wichtige Bereiche außerhalb des Blickfeldes. Wir finden, dass die sektorielle Versäulung des Versorgungssystems überwunden werden muss und sich nicht in der Struktur des Instituts wiederfinden sollte.

Sve **Dr. Siiri Doka** (BAG Selbsthilfe e. V.): Auch wir haben Informationen darüber, dass die Schnittstellen eines der großen Probleme bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten darstellen. Aus diesem Grund würden auch wir es begrüßen, wenn das sektorielle Denken an dieser Stelle überwunden würde und wenn man perspektivisch im Qualitätsinstitut die Qualität in der Pflege und in der Rehabilitation diskutieren und überprüfen würde. Wahrscheinlich wäre das Institut damit im ersten Schritt überfordert, aber perspektivisch sollte man das sicherlich auf der Agenda halten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich kehre noch einmal zum Morbi-RSA zurück. Ich habe eine Frage an den IKK-Verband. Sie haben in Ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, dass es bei den Leistungsausgaben für die Auslandsversicherten die Schwierigkeit gibt, die tatsächlichen Aufwendungen zu beziffern und einzugrenzen. Welches Verfahren würden Sie vorschlagen, um diesen Teil des Morbi-RSA zu verändern?

SV **Jürgen Hohnl** (IKK e. V.): Sie haben Recht, als IKK e. V. lehnen wir die im Moment im GKV-FQWG enthaltene Übergangsregelung ab, weil hier eine falsche Vorgehensweise gewählt wird. Es sollen nur noch die Ausgaben für die



Nur zur dienstlichen Verwendung

Auslandsversicherten gewählt werden, die im Ausland anfallen und nicht die im Inland anfallenden. Das bewirkt, dass es hier in Zukunft eine flächendeckende Unterdeckung geben wird, die aus unserer Sicht zu einer Risikoselektion führen würde. Das lehnen wir ab. Wir plädieren dafür, das im GKV-FQWG angekündigte Gutachten abzuwarten und bis dahin an den Zuweisungsmechanismen keine Änderungen vorzunehmen.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den G-BA. Ich hätte von Ihnen gern eine Einschätzung, wie Sie die dauerhafte Einrichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beurteilen. Ich bitte Sie, auf den Aspekt einzugehen, dass die vorgesehene Einrichtung als Stiftung tätig sein soll.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir befürworten die Einrichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und halten es für sinnvoll, dass ein solches Institut als Stiftung eingerichtet wird. Wir haben das Vorbild des IQWiG, das ebenfalls diese Konstruktion hat und dessen Ausgestaltung die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen haben. Ich denke, dies ist ein erfolgreiches Beispiel dafür, wie ein solches Institut in Form einer Stiftung funktionieren kann. Zu den weiteren Aufgaben habe ich gerade schon etwas gesagt. Wir sind der Meinung, dass das, was jetzt dort drin steht, nicht ausreicht, sondern dass es über den stationären Bereich hinaus auch auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden sollte, um hier mehr Transparenz zu schaffen.

SVe **Dr. Regina Klakow-Franck** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Die Idee des Qualitätsinstituts ist nicht gänzlich neu. Seit 2009 haben wir mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) bereits ein Institut, das für uns diese Aufgabe erfolgreich erfüllt. Allerdings mussten wir bisher alle fünf oder spätestens alle sieben Jahre ein Ausschreibungsverfahren durchführen. Wir begrüßen es daher, dass dieses Ausschreibungsverfahren, das mit Reibungsverlusten für alle Beteiligten verbunden ist, durch die dauerhafte Errichtung eines Instituts abgelöst werden soll. Die gewählte Form ist an die Organisationsform des IQWiG angelehnt: Also Gründung einer Stiftung

des privaten Rechts in der Trägerschaft des Gemeinsamen Bundesausschusses. Auch dies wird von den unparteiischen Mitgliedern grundsätzlich begrüßt. Allerdings gehen wir, die unparteiischen Mitglieder, bis auf weiteres davon aus, dass der Gründungsbeschluss über dieses Institut durch das Beschlussgremium vorzubereiten und zu treffen ist. Das heißt einschließlich der stimmberechtigten unparteiischen Mitglieder und unter Mitberatung der Patientenvertreter.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Spitzenverband der Heilmittelverbände und den BVMed. In Ihren Stellungnahmen wird betont, dass neben der Ärzteschaft und den Krankenpflegeberufen die Heilmittelerbringer die unmittelbar am Patienten arbeitende dritte Säule sind. Sie regen an, an der Entwicklung der Inhalte für das neue Qualitätsinstitut beteiligt zu werden. Wie begründen Sie diesen Standpunkt?

SV **Heinz Christian Esser** (Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)): Herr Abgeordneter, ich bin Geschäftsführer des Spitzenverbandes Heilmittelverbände. Wer sind wir? Die Branche besteht im Wesentlichen aus Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Das sind ungefähr 30 Mio. Verordnungen pro Jahr und ungefähr 200 Mio. Anwendungen bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir wollen uns an der Qualitätsoffensive, die in § 137a SGB V geplant ist, gern beteiligen. Wir behandeln im Krankenhaus, wir therapieren unmittelbar am Patienten, ambulant, stationär und in der Reha. Wir erbringen Leistungen, die nach dem Heilpraktikergesetz den Ärzten vorbehalten sind oder von Ärzten angeordnet bzw. verordnet werden können. Wir sind also unmittelbar im Rahmen der Therapie am Patienten tätig. Es gibt für uns schon ein differenziertes Qualitätssicherungssystem über die Heilmittelrichtlinien, den Heilmittelkatalog, durch Rahmenvereinbarungen und Zertifikatspositionen. Zertifikate spielen bei uns, abgesichert durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, eine wichtige Rolle. Wenn wir hier eine konsequente Qualitätsinitiative starten wollen, dann glaube ich, dass unser Bereich, also der Bereich der Heilmittelerbringer, nicht außen vor gelassen werden darf. Daher unsere Bitte, den § 137a Absatz 7 SGB V um die Spitzenverbände der Heilmittelerbringer zu erweitern.



Nur zur dienstlichen Verwendung

SV **Olaf Winkler** (BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.): Auch wir möchten gern die Expertise, das Know-how und das spezielle Wissen der Industrie und der Hersteller von innovativen Medizintechnologien in die Arbeit des neuen Qualitätsinstituts einbringen und das Institut unterstützen. Konkret sind wir jetzt schon dabei. Ich nenne das Endoprothesenregisterprojekt, bei dem die Industrie aktiv mitwirkt und hierfür Parameter benennt, für z. B. eine Produktdatenbank. Wir wollen auch die weitere Entwicklung in diesem Bereich mit unserer Expertise aktiv unterstützen. Deshalb sollten wir beteiligt werden. Ein zweiter Leistungsbereich, den wir auch vertreten, sind die Verbandsmittel und Home Care-Dienstleister. Es ist notwendig, dass wir auch hier aktiv werden. Wir haben bereits eine Strukturqualitätskomponente im Rahmen der Präqualifizierung für die Hilfsmittel. Bei der Versorgungs- und der Ergebnisqualität können noch keine Ergebnisse erzielt werden, weil es hier noch gar keine Grundlagen gibt. Wir haben die Hoffnung, dass das Qualitätsinstitut in diesem Bereich bei der Weiterentwicklung voranschreitet. Die Industrieteilnehmer sind bereit aktiv mitzuarbeiten.

Abg. **Heiko Schmelzle** (CDU/CSU): Meine Fragen betreffen die Weiterentwicklung der Unabhängigen Patientenberatung und richten sich an den Geschäftsführer der UPD, Dr. Schmidt-Kaehler, aber auch an den GKV-Spitzenverband und die BAG Selbsthilfe. Ich habe erfahren, dass der telefonische Bereich der Unabhängigen Patientenberatung sehr stark beansprucht wird. Ich befürchte, dass sich bei einer Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit die Belastung sogar noch verstärken wird. Daher folgende Frage: Halten Sie die Erhöhung der Fördersumme zur Sicherstellung einer guten telefonischen Erreichbarkeit der UPD für ausreichend und sehen Sie eine kurzfristig umsetzbare organisatorische Möglichkeit, die telefonische Erreichbarkeit zu verbessern?

SV **Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler** (Unabhängige Patientenberatung (UPD)): Bei der Erreichbarkeit liegt die Erfolgsquote, bei einem Anruf durchzukommen, derzeit bei 42 Prozent. Durch die nun vorgesehene Erhöhung ist damit zu rechnen, dass wir bei der Erfolgsquote in einen Bereich zwischen 70 und 85 Prozent kommen. Das wäre akzeptabel. Zudem will ich anmerken – und Sie haben dies auch getan mit ihrem Hinweis –, dass die Bekannt-

heit der UPD ständig steigt, was letztlich auch erwünscht ist. Dies führt aber gleichzeitig dazu, dass die Nachfrage kontinuierlich steigt. Die Erfolgsquote, die jetzt bei 42 Prozent liegt, lag noch vor wenigen Jahren bei 66 Prozent, d. h. hier ist ein klarer Trend erkennbar. Was das Vorhaben angeht, die telefonische Beratung auszuweiten, möchte ich darauf hinweisen, dass nicht nur die telefonische Beratung, sondern auch die anderen Beratungsformen überlastet sind. Wenn Sie in die Beratungsstellen gehen, werden Sie dort vor der Eingangstür Schlangen vorfinden. Wobei schon jetzt 80 Prozent aller Beratungen telefonisch abgewickelt werden. Somit bleiben im Prinzip nur noch etwa 15 Prozent für die Face-to-face-Beratung und fünf Prozent für die Online-, Fax- und die schriftlichen Auskünfte. Das heißt, es ist schon längst so, dass der Löwenanteil der Beratung über das Telefon erfolgt.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass die geplante Erhöhung der Fördermittel die telefonische Erreichbarkeit mehr als ausreichend sicherstellt, auch bei verstärkter Öffentlichkeitsarbeit. Nach unseren Informationen schöpft die UPD nämlich bislang die zur Verfügung stehenden Mittel nicht aus. Daher wäre auch hier die Möglichkeit gegeben, mehr Beratungslinien der Hotline zu besetzen. Ob dies organisatorisch möglich ist, kann ich nicht sagen. Ich bin keine Expertin für Telefonhotlines. Ich weiß nur, dass unsere Kassen Überlaufmodelle haben, die auch funktionieren. Und wie gesagt, Mittel sind ausreichend vorhanden.

SVe **Dr. Siiri Doka** (BAG Selbsthilfe e. V.): Wir wünschen uns eher eine Ausweitung der Beratungsfälle. Wir haben in unserer Stellungnahme dargestellt, dass wir eine Verbreiterung der UPD begrüßen würden und deswegen die Erhöhung für nachvollziehbar halten. Gleichzeitig sehen wir es natürlich auch als sinnvoll an, dass Beratungsangebote der UPD mit den Beratungsangeboten der Selbsthilfe vernetzt werden, um auf diese Weise unter Umständen eine Ausweitung zu erreichen. Wir würden es deswegen begrüßen, wenn dies als Maßgabe ins Gesetz oder in die Begründung aufgenommen würde. Wir würden uns auch, parallel zur Ausweitung der Beratung, eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit wünschen, damit die UPD bekannter wird und man eine Ausweitung der Beratungsfälle erreicht.



Nur zur dienstlichen Verwendung

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage zur Risikoadjustierung an den Vertreter des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhäuser haben im Durchschnitt unterschiedlich schwere Behandlungsfälle. Ein Universitätsklinikum hat zum Beispiel deutlich mehr problematische und auch schwierigere Krankheitsverläufe, u. a. weil andere Häuser schwierige Fälle aus guten Gründen dorthin überweisen. Nach dem Koalitionsvertrag werden wir die Qualität risikoadjustiert messen. Deshalb meine Frage: Wie kann diese Adjustierung technisch gestaltet werden – mathematisch, statistisch? Wie wird das spezifische Risiko eines Krankenhauses bestimmt? Welche Einbußen bei der Genauigkeit der Qualitätsdaten würden sich einstellen, wenn man die Risikoadjustierung auf den Parameter der Ergebnisqualität begrenzen würde?

SV **Prof. Dr. Joachim Szecsenyi** (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA)): Ihre Frage zielt darauf ab, ob es möglich ist, Leistungserbringer, in diesem Falle Krankenhäuser, fair zu vergleichen. Dafür ist es wichtig zu wissen, welche Krankheitsbelastungen die verschiedenen Patientenpopulation, die in einem Universitätsklinikum ganz anders sein können als in einem Krankenhaus auf dem Lande, haben. Diese müssen einbezogen werden. Man sollte eine Risikoadjustierung nur bei Ergebnisparametern machen. Hier versuchen Sie, über die Qualitätssicherung das Behandlungsergebnis zu beschreiben: Wie ändert sich der Gesundheitszustand? Sind bestimmte Komplikationen eingetreten? Bei Prozessparametern geht es darum zu beschreiben, ob das Krankenhaus bestimmte Dinge gemacht hat, von denen erwartet werden kann, dass diese durchgeführt werden. Hier sollte es keine Risikoadjustierung geben, weil man hier normativ festlegen kann, was gemacht werden soll. Die Vorgehensweise ist dann so, dass man entweder Patientengruppen stratifiziert, indem man sagt: „Es gibt hier bestimmte Patientengruppen mit einem bestimmten Schweregrad.“ Oder dass man empirisch, anhand der vorhandenen klinischen Daten in der Qualitätssicherung oder anhand von Routinedaten, mittels bestimmter statistischer Verfahren, den Schweregrad beschreibt und wie man diesen für bestimmte Krankenhäuser adjustieren sollte.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Prof. Szecsenyi hat die Methodik erklärt, dem schließe ich mich voll an. Aber Sie werfen mit dieser Frage die grundsätzliche Problematik der risikoadäquaten Bewertung von Krankenhausleistungen auf. Hierzu will ich ergänzen, dass Krankenhausvergleiche oder Krankenhausbewertungen, bei denen hoffentlich konsentrierte Ergebnisqualitätsdaten zukünftig eine maßgebliche Rolle spielen werden, von dem amtlich institutionalisierten Institut vorgenommen werden. Damit wird die heute gängige Praxis, dass einzelne Kasernen Bewertungen überprüfen und dann zu Lasten der Krankenhäuser publizieren, in Zukunft wegen der allgemeinen Anerkennung des amtlichen Bewertungsergebnisses hoffentlich aufhören. Das ist ein großer Vorteil, dass Qualitätsvergleiche künftig durch das Institut durchgeführt werden. Aber es bleibt immer, das erleben wir heute, eine Risikoanpassung und eine Risikointerpretation. Am Ende ist dies häufig nur durch die Einzelbewertung bzw. die Einzelkommentierung des Patientengutes des jeweiligen Krankenhauses möglich.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe Fragen zum Themenkomplex Arbeitslosengeld II an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen bei der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II? Kann die geplante Regelung zur Entbürokratisierung beitragen? Wäre es aus Ihrer Sicht sachlich gerechtfertigt – gegebenenfalls durch eine entsprechende Klarstellung im Gesetz –, der geltenden Verwaltungspraxis zu ermöglichen, für die Kasenzuordnung während des ALG II-Bezuges weiterhin an den zuletzt bestehenden Versicherungsschutz anzuknüpfen?

SV **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Regelung sehr. Sie ist für alle Beteiligten eine Erleichterung. Wir haben eine solche Vereinfachung seit längerer Zeit gefordert. Bei der Regelung für die ALG II-Empfänger ist die Orientierung am durchschnittlichen Beitragssatz sicherlich hilfreich. Es gibt ein weiteres Problem, das Sie angesprochen haben, das ist die Zuordnung zur GKV oder zur PKV. Es ist bislang allgemeine Verwaltungspraxis, das gilt auch in anderen Bereichen, dass die Zuordnung auf das zuletzt bestehende Versicherungsverhältnis zurückgeführt wird. Leider gibt es jetzt im Gesetz eine Regelung,



Nur zur dienstlichen Verwendung

die besagt „unmittelbar“ vor dem ALG II-Bezug. Das Bundessozialgericht hat hierzu entschieden, dass „unmittelbar“ auch wirklich unmittelbar davor sein muss. Wenn jemand einen Tag nicht privat versichert war, dann ist dieses unmittelbar nicht mehr gegeben. Deshalb würden wir befürworten, wenn an den zuletzt bestehenden Versicherungsschutz angeknüpft wird. Dies ist ein bewährtes, weil in anderen Regelungen vorhandenes, und eindeutiges Kriterium. Damit könnte man die geübte Praxis fortsetzen.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Seit dem vergangenen Jahr besteht nach dem Krankenhausentgeltgesetz die Möglichkeit, Hygienefachkräfte bei Neueinstellungen zu fördern bzw. zu finanzieren. Mich würde interessieren, wie sich dies, auch angesichts eines neueren Schiedspruchs, in der Praxis auswirkt.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Eine exakte Bilanzierung kann ich noch nicht vorlegen. Die Daten laufen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen bei den Krankenkassen zusammen. Aber sicher ist, das ist leider zu beobachten, dass die Krankenkassen die im Gesetz vorgesehenen Mittel sehr restriktiv bereitstellen. Es gibt Streitfälle, bei denen der Wechsel eines Arbeitnehmers aus dem Krankenhaus in diesen Bereich von den Krankenkassen verweigert wird, obwohl der Mitarbeiter nach unserer Vorstellung ein förderungsfähiger, neuer Mitarbeiter in der Hygiene wäre. Es wird auch über andere Förderkomponenten sehr kleinteilig entschieden, so dass wir gesetzlichen Korrektur- oder Klarstellungsbedarf sehen, damit die Intention des Programms, in den Kliniken schnell gut qualifizierte Hygienefachleute zur Verfügung zu haben, erreicht wird.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich komme auf das nicht nur für uns, sondern vor allem für die Nutzer und Nutzerinnen so wichtige Institut für Qualitätssicherung zurück und richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband, an die Verbraucherzentrale und an Herrn Knieps vom BKK-Dachverband. Wie beurteilen Sie die im Gesetz beschriebenen Rahmenbedingungen zur Gewährleistung der Unabhängigkeit des Instituts und jene zur Einbindung der Patienten- und Patientinnenvertretung und wie den Vorschlag, die Entwicklungszeiten für

Qualitätssicherung bzw. für Qualitätssicherungsverfahren mit Fristen zu versehen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die im Gesetz vorgesehenen Rahmenbedingungen für ausreichend, um die Unabhängigkeit zu gewährleisten. Wir haben das IQWiG als Vorbild. Ich denke, die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass diese Konstruktion zu einer unabhängigen Institution geführt hat. Es wurde angesprochen, dass es eine Veränderung hinsichtlich der Erklärung von Interessenkonflikten gegeben hat. Es ist meines Erachtens nicht erforderlich, dies im Gesetz zu regeln. Im Gemeinsamen Bundesausschuss und im IQWiG gibt es entsprechende Verfahrensregelungen, die sicherstellen, dass alle Beteiligten Erklärungen abgeben – seit Neuestem im G-BA auch im Plenum –, die mögliche Interessenkonflikte offenlegen. Dieses Verfahren würde natürlich auch für das neue Institut gelten. Bezüglich der Festlegung von Fristen haben wir leider die Situation, dass bei den Qualitätssicherungsmaßnahmen, die zunächst entwickelt und dann durchgeführt werden müssen, die zu Grunde liegenden Sachverhalte immer sehr unterschiedlich sind. Deshalb ist es sehr schwierig, generelle Fristen festzulegen. Der andere Punkt ist, dass wir in den letzten Jahren festgestellt haben, dass des Öfteren Datenprobleme auftreten, die im Vorfeld so nicht erkannt wurden und dass Neujustierungen stattfinden müssen. Insofern sind pauschale Fristenregelungen schwierig. Dennoch würden wir uns alle wünschen, dass es schneller geht, damit wir schneller Ergebnisse erhalten, die für die Versicherten und vor allen Dingen für Patientinnen und Patienten die Qualität der Versorgung sichtbar machen.

SV **Kai Helge Vogel** (Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)): Wir begrüßen grundsätzlich die Einrichtung des neuen Instituts und aus Gründen der Unabhängigkeit insbesondere die Form der Stiftung. Wir sehen es positiv, dass das BMG im Vorstand der Stiftung sein wird. Es ist wichtig, in diesem neuen Institut die Patientenvertretung zu stärken und ihr eine stärkere Stimme zu geben, damit sie als Korrektiv auftreten kann. Denn bislang ist zwar viel passiert, die Qualität wurde aber letztendlich doch nicht in den Mittelpunkt gerückt. Der Versicherte bzw. der Patient ist häufig außen vor geblieben und die Ergebnisse sind vor Ort nicht angekommen. Deshalb würde ich sagen, das neue



Nur zur dienstlichen Verwendung

Institut ist zu begrüßen. Aber ein weiter wie bisher würde nicht zu einer Lösung führen. Es sollte mehr auf die Unabhängigkeit geachtet werden und gegebenenfalls die Träger, wie beim IQWiG, mit Stellungnahmen und nicht über das Antragsrecht einbezogen werden.

SV Franz Knieps (BKK-Dachverband (BKK)): Prinzipiell sehe ich das genauso. Ich glaube, dass es erforderlich ist, eine ähnliche Praxis wie beim IQWiG und beim G-BA zu etablieren. Damit haben wir gute Erfahrungen gemacht. Es schadet nicht, wenn der Gesetzgeber dieses vorgibt, obwohl es nicht unbedingt erforderlich ist. Bei den Trägern ist zu erwarten, dass sie Ähnliches auch vereinbaren, aber es schadet eben nichts, wenn diese Standards festgeschrieben werden. Das gilt auch für die Beteiligung von Patientenvertretern in diesem Institut. Ich persönlich habe sehr gute Erfahrungen mit der Einbeziehung von Patientenorganisationen gemacht und denke, dass mittlerweile auch die Krankenkassen ihren Frieden damit gemacht haben. Aber auch hier schadet es nicht, wenn das Gesetz entsprechend ausgestaltet wird.

Abg. Marina Kermer (SPD): Ich möchte meine Frage an den G-BA richten. Inwieweit werden bereits existierende wissenschaftliche und methodische Erfahrungen beim Qualitätsmanagement in Krankenhäusern in die Arbeit des neuen Qualitätsinstituts einbezogen bzw. dort berücksichtigt?

SVe Dr. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Wer immer das neue Institut übernimmt, hat als einer der ersten Aufgaben ein neues Methodenpapier zu entwickeln, das auf dem aktuellsten Stand von Wissenschaft und Methodik basieren muss. Das betrifft z. B. die Frage, wie Indikatorensets erstellt werden müssen. Im Zuge der Entwicklung eines Methodenpapiers wird auch immer eine Literaturrecherche durchgeführt, so dass aktuelle Erkenntnisse aus Studien oder Projekten, z. B. zur Routinedatennutzung, selbstverständlich in das Methodenpapier einfließen werden. Sie fragten, wie darüber hinaus zukünftig sichergestellt ist, dass wissenschaftliche und methodische Expertise bei der Qualitätssicherung und beim Qualitätsmanagement einbezogen wird. Es soll ein wissenschaftlicher Beirat aus unabhängigen Sachverständigen gegründet werden. Eine weitere Maßnahme ist die Erweiterung des Kreises der an der Entwicklung der Inhalte zu

Beteiligten. So ist z. B. künftig neben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung bei der Entwicklung der Inhalte zu beteiligen. Insgesamt wurde der Kreis so erweitert, dass ich davon ausgehe, dass wir die notwendige wissenschaftliche Expertise, die sich in der Qualitätssicherung nicht nur auf die Naturwissenschaften bezieht, sondern auch in Richtung Sozialwissenschaften, Organisationsforschung usw. geht, gut ausgebildet haben.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Schmidt-Kaehler von der UPD. Vorhin wurde von Seiten des GKV-Spitzenverbandes erwähnt, dass die UPD die Mittel derzeit nicht voll ausschöpft. Ist das so zutreffend bzw. wie ist Ihre Einschätzung und wie würden Sie die Prioritäten setzen bei den jetzt aufzustockenden Mitteln?

SV Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler (Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)): Es ist schlichtweg falsch, dass die UPD das Budget für diese Förderphase nicht ausschöpft. Das Budget wird bis auf den letzten Cent ausgeschöpft werden. Aber es ist selbstverständlich so, dass in einem auf fünf Jahren angelegten Projekt eine Kostenentwicklung stattfindet. Wir hatten zunächst Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzustellen, d. h. Personalakquise zu betreiben. Dadurch ist zu Beginn der Förderphase das Projekt langsam ange laufen. Die Kosten steigen aber. Im Augenblick ist es so, dass die Kosten für den augenblicklichen Betrieb oberhalb der Kosten liegen, die in der gesetzlichen Fördersumme festgelegt sind. Die Fördermittel werden also vollständig bewirtschaftet.

Der Vorsitzende: Damit darf ich diese Anhörung schließen und mich recht herzlich bei Ihnen allen bedanken.

Schluss der Sitzung: 16:02 Uhr