

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanz- struktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Entwurf des GKV-FQWG Stellung nehmen zu können. Die einkommensabhängige Ausgestaltung des Zusatzbeitrags wird überwiegend positiv bewertet. Die Krankenkassen sollen dadurch wieder mehr Beitragssatzautonomie erhalten. Die prozentuale Entwicklung des Zusatzbeitrags ist allerdings sorgfältig zu beobachten. Die Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz wird ausdrücklich begrüßt, da dadurch die Versorgungsqualität verbessert und die Patientenautonomie gestärkt wird.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Gesetzentwurf

Gemäß § 137 a (neu) SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V beauftragt, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Trägerin des Instituts ist eine Stiftung des privaten Rechts, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für diesen Zweck errichtet wird. Das Institut arbeitet im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsrealität. Mit der Gründung des Instituts und der Etablierung einer dauerhaften Institutsstruktur wird das Ziel verfolgt, die sachgerechte

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin: Dr. Elisabeth Fix
Berliner Büro
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Telefon-Zentrale 030 284 447-46

www.caritas.de

Datum
14. Mai 2014

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(21)
gel. VB zur Anhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
19.05.2014

und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung sowie die fachliche Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Zuarbeit zu stärken.

Bewertung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz, da mit dieser Maßnahme die Versorgungsforschung und die Bereitstellung von versorgungsrelevanten Daten - als Grundlage für eine verbesserte Versorgungspraxis und für die Patienteninformation gleichermaßen - verstetigt und intensiviert werden können. Die Errichtung einer Stiftung des privaten Rechts als Trägerin des Instituts entspricht der Trägerstruktur des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gem. § 139 a SGB V, die sich aus Sicht des DCV bewährt hat. Mit dieser Trägerstruktur wird der geforderten Unabhängigkeit des Instituts Rechnung getragen.

Erweiterung der Aufgaben zur Qualitätssicherung

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

Module für ergänzende Patientenbefragungen

Gesetzentwurf

Die sektorenübergreifend abgestimmten Indikatoren und Instrumente sollen nach § 137a Abs. 3 Punkt 1 (neu) SGB V auch Module für ergänzende Patientenbefragungen enthalten.

Bewertung

Die Aufnahme zusätzlicher Module für ergänzende Patientenbefragungen im Rahmen der sektorenübergreifend abgestimmten Indikatoren und Instrumente wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich begrüßt. Auf diese Weise wird die Position der Patient(inn)en gestärkt und deren Beteiligung als Element der Qualitätssicherung systematisch verankert.

Veröffentlichung vergleichender Übersichten über die Qualität im stationären Bereich

Gesetzentwurf

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

Bewertung

Die genannte Aufgabenerweiterung wird vom Deutschen Caritasverband grundsätzlich als sachgerecht bewertet und begrüßt, da sie die Qualität der Versorgung verbessert und die Patientenautonomie stärkt.

Allerdings ist in der Umsetzung unbedingt darauf zu achten, dass die Kriterien und Indikatoren, die den vergleichenden Übersichten zugrunde gelegt werden, transparent, überprüfbar und valide sind. Zudem gibt der DCV zu bedenken, dass die Krankenkassen bisher bereits Qualitätsberichte zu den stationär erbrachten Leistungen veröffentlichen. Im Sinne der Transparenz und guten Information der Patient(inn)en müsste zukünftig geklärt werden, in welchem Bezug die Qualitätsberichte der Krankenkassen und die Übersichten des Instituts stehen.

Zudem soll bedacht werden, dass über die Bereitstellung der Übersichten im Internet hinaus auch weitere Zugangsformen gewährleistet sein müssen. Insbesondere im Hinblick auf Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund schlägt der Deutsche Caritasverband außerdem vor, die Berichte in einfacher Sprache zu verfassen.

Darstellung ausgewählter Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung auf Grundlage geeigneter Sozialdaten

Gesetzentwurf

Gem. § 137a Abs. 3 Punkt 6 (neu) SGB V werden für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten dargestellt, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Abs. 1a SGB V auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA übermittelt werden.

Bewertung

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

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

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes ist die Klarstellung in der Gesetzesbegründung sehr wichtig, dass für die Übermittlung der Daten die datenschutzrechtlichen Anforderungen nach § 299 Abs. 1 Satz 3 bis 7 SGB V entsprechend gelten.

Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

Beauftragung, Antragsrecht, Finanzierung

Gesetzentwurf

Die Verfahren zur Beauftragung des Instituts, die Festlegung der Antragsteller, die an der Umsetzung der Inhalte nach § 137a Abs. 3 (neu) SGB V mitwirkenden Organisationen sowie die Finanzierung des zu gründenden Instituts werden weitgehend analog zum 2004 gegründeten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit gem. § 139 a SGB V geregelt.

Darüber hinaus kann das Bundesministerium für die Gesundheit das Institut mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu seinen Aufgaben beauftragen. Das Institut kann diese Beauftragung ablehnen, wenn das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten für die Bearbeitung des Auftrags nicht übernimmt. Das Institut kann sich zudem auch ohne Auftrag selbst mit Aufgaben nach Absatz 3 befassen und für diese Tätigkeiten jeweils jährlich bis zu 10 Prozent seiner Haushaltsmittel einsetzen.

§ 137 a Abs. 10 (neu) SGB V sieht vor, dass der G-BA das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen kann, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten.

Hierzu kann jede natürliche oder juristische Person beim G-BA oder einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut (oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle) übermitteln dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der G-BA regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beach-

tung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren.

Bewertung

Die Regelungen zur Finanzierung und Auftragsbeantragung analog zur der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit haben sich grundsätzlich bewährt. Daher werden die analogen Regelungen für das neu zu gründende Institut als sachdienlich bewertet.

Die neu aufgenommene Möglichkeit der direkten Beauftragung des Instituts durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie deren zusätzliche Finanzierung wird ausdrücklich begrüßt. Die Festlegung der Haushaltsmittel auf bis zu 10 % des Budgets, die das Institut ohne Auftrag für Aufgaben nach § 137 a Abs. 3 (neu) SGB V einsetzen kann, wird ebenfalls als sachdienlich bewertet. Durch diese Regelung wird die unabhängige Tätigkeit des Instituts gestärkt und zudem Transparenz über deren Umfang hergestellt. Zudem wird sichergestellt, dass die eigenständige Tätigkeit des Instituts nicht zu Lasten der Aufgaben auf der Grundlage externer Beauftragung gehen wird.

Die zusätzliche Möglichkeit der Antragstellung durch natürliche und juristische Personen auf Auswertung der Daten gem. § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird als sinnvoll bewertet, da auf diese Weise die Grundlage für eine breitere wissenschaftliche Forschung eröffnet wird. Unabdingbar ist aus Sicht des DCV die getroffene Festlegung, dass ausschließlich anonymisierte Auswertungsergebnisse zur Verfügung gestellt werden, die keinen Rückschluss auf die Patient(inn)en zulassen. Die regelmäßige Überprüfung des Verfahrens der sekundären Datennutzung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit sowie die Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse werden vom DCV ausdrücklich begrüßt und unterstützt.

Beteiligung an der Umsetzung der Aufgaben

Gesetzesentwurf

Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 werden nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf nun laut § 137a Abs. 7 (neu) SGB V neben den wesentlichen Institutionen der Selbstverwaltung, der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie von Patientenvertretungen auch die Länder in Gestalt von zwei Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit sowie das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung einbezogen.

Bewertung

Die breite und im Gesetzesentwurf gegenüber dem Referentenentwurf noch erweiterte Beteiligung an der Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Aufgaben und die Einbeziehung externer Expertise wird vom Deutschen Caritasverband sehr positiv bewertet. Die breite Beteiligung kann zu einem methodischen Konsens in der Entwicklung und Durchführung der Aufgaben beitragen. Zudem werden nicht nur die Erhebung und Auswertung der Daten, sondern auch die Interpretation der Ergebnisse dadurch transparent gestaltet. Dies kann insgesamt zu einer erhöhten Akzeptanz der Qualitätssicherungsmaßnahmen und daraus abgeleiteter weiterer Schritte beitragen.

Unerlässlich ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes die vorgesehene Einbindung der für die Wahrnehmung der Interessen der Patient(inn)en und der Selbsthilfe chronisch kranker Menschen maßgeblichen Organisationen sowie des/der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patient(inn)en.

Insgesamt begrüßt der Deutsche Caritasverband die o.g. erweiterte Aufgabenstellung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Im Hinblick auf die bereits etablierten Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen regt der DCV an, die Evaluierung dieser Maßnahmen ebenfalls in den Aufgabenkatalog des Instituts aufzunehmen. Dies scheint insbesondere dadurch geboten, dass trotz der begrüßenswerten Verbesserungen in der Qualitätssicherung immer wieder auf weitere Verbesserungspotenziale im Gesundheitswesen hingewiesen wird.

2. Neugestaltung der Zusatzbeiträge

Gesetzentwurf

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

Die Mitglieder der Krankenkassen erhalten bei der Ersterhebung des Zusatzbeitrags oder bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes ein Sonderkündigungsrecht. Dieses kann erst mit Wirkung zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben bzw. erhöht wird. Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder auf dieses Kündigungsrecht sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V hinweisen. Bei einer Überschreitung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sind die Mitglieder auf die Möglichkeit, in eine günstigere Kasse zu wechseln, ausdrücklich hinzuweisen (§ 175 Abs. 4 SGB V neu).

Für Rentner(innen) gelten die Veränderungen des Zusatzbeitrages jeweils erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an (§ 247 SGB V). Veränderungen bei den Zusatzbeiträgen wirken sich bei den Rentner(inn)en somit erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus. Die wegen der Vorlaufzeit vorgesehene zweimonatige Verzögerung für pflichtversicherte Rentner(innen) sowie für Empfänger(innen) von Renten der landwirtschaftlichen Alterskasse zieht im Startjahr der Neuregelung nach sich, dass für diese Personenkreise der allgemeine Beitragssatz im Januar und Februar 2015 übergangsweise weiterhin bei 15,5 Prozent bestehen bleibt (§ 322 SGB V)

Bewertung

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

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

Das Sonderkündigungsrecht bei der Ersterhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages muss für Mitglieder der Krankenkassen zum Zeitpunkt der Wirksamkeit dieser Änderung gelten, entsprechend der Regelung zum Sonderkündigungsrecht bei Erhöhung von Prämien im privatversicherungsrechtlichen Bereich gemäß § 205 Abs. 4 VVG. Die Mitglieder müssen somit aus Sicht des DCV schon ab Zugang der Information über die Änderung des Beitrags ein sofortiges Sonderkündigungsrecht erhalten, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen. Ausdrücklich zu begrüßen ist die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Mitglieder auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags und auf die Möglichkeit zum Wechsel in andere Kassen hinzuweisen. Dabei soll die Differenz des kassenindividuell festgesetzten Zusatzbeitrags zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag klar ausgewiesen werden. Um den Versicherten eine bessere Orientierung und Übersicht über die Zusatzbeiträge anderer Krankenkassen für einen ggf. gewünschten Wechsel der Krankenkasse zu geben, soll der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite sowie auf andere geeignete Weise Informationen bereitstellen, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe. Die Krankenkassen haben in ihren Schreiben zur Ankündigung einer Ersterhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags auf diese Informationsquelle hinzuweisen.

Die Regelungen in § 247, wonach sich die Erhebung bzw. Erhöhung der Zusatzbeiträge bei den Rentner(inne)n aus organisatorischen und verwaltungstechnischen Gründen erst mit zweimonatiger Verzögerung auswirkt, halten wir sachlich für gerechtfertigt.

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

Lösungsvorschlag:

§ 175 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 sollen daher lauten:

„Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitrag, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung oder Beitragssatzerhöhung gekündigt werden.“

3. Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Gesetzesentwurf

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

In § 232a SGB V werden die beitragspflichtigen Einnahmen von Bezieher(inne)n von ALG II komplett neu geregelt. Als beitragspflichtige Einnahmen gilt das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße. Als Berechnungsgrundlage für die Zahlung der Beiträge gilt nicht mehr der Kalendertag, sondern der Kalendermonat, für den mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft bestand. Des Weiteren müssen die Jobcenter nicht mehr prüfen, ob ein ALG-II-Empfänger (innen) neben dem Bezug des ALG II weitere beitragspflichtige Einnahmen erzielt hat, die die Zahlung des Beitrags durch den Bund mindern. Durch den Wegfall des Vorrangs der Familienversicherung werden künftig alle Bezieher(innen) von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieses Personenkreises wird allerdings nicht der durchschnittliche, sondern der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben (§ 242 Abs. 3 Ziffer 1). Dies gilt u.a. auch für Personen, die in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nummer 5), Teilnehmer (innen) an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nummer 6), Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrags nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden (Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nummer 4a) sowie für Menschen mit einer Behinderung in Werkstätten (Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nummern 7 und 8).

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht. Der Deutsche Caritasverband begrüßt insbesondere den Wegfall der Kann-Regelung zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Sie konnte Grundsicherungsempfänger überfordern, wenn die Differenz erheblich war und/oder die Möglichkeit eines Krankenkassenwechsels nicht bestand. Es ist zu begrüßen, dass künftig alle Empfänger(innen) von ALG-II-Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert sind und somit für alle ein eigener Beitrag in die Kranken- und Pflegekasse abgeführt wird. Dies stellt die ALG-II-Empfänger (innen) den erwerbstätigen Arbeitnehmer(inne)n gleich. Positiv zu bewerten sind auch die Neuregelungen, dass die Jobcenter künftig nicht mehr prüfen müssen, ob ein(e) ALG-II-Empfänger(in) noch weitere beitragspflichtige Einnahmen hat, und dass die Berechnung des Beitrags nun bezogen auf den Kalendermonat und nicht mehr den Kalender-

tag erfolgen soll. Beides führt zur Verwaltungsvereinfachung und Entbürokratisierung des Verfahrens.

14. Mai 2014
Freiburg/ Berlin

Deutscher Caritasverband
Generalsekretär / Vorstand Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer

Kontakt

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

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

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