



Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Der Vorsitzende  
Dr. Edgar Franke, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0029(20)  
gel. ESV zur öAnhörung am 21.05.  
14\_GKV-FQWG  
19.05.2014

Fulda, 16. Mai 2014

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum  
GKV-FQWG am Mittwoch, den 21. Mai 2014 von 14.00 bis 16.00 Uhr**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben  
genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten  
schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Greß

**Der Dekan**

Prof. Dr. Stefan Greß

Marquardstraße 35  
D-36039 Fulda

[stefan.gress@hs-fulda.de](mailto:stefan.gress@hs-fulda.de)

Sekretariat  
06 61/96 40-600

Durchwahl  
06 61/96 40-601

Telefax  
06 61/96 40-649

# **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG).**

## **Bundestagsdrucksache 18/1307 vom 5.5.2014**

Hiermit nehme ich zu den wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfs folgendermaßen Stellung.

### **1 Vorbemerkungen**

Im Gesetzentwurf – und auch in der parlamentarischen Debatte dazu – behaupten die Regierung und der zuständige Bundesminister Gröhe, durch den Gesetzentwurf würden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Diese Behauptung lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehen. Weder wurde der Kreis der Beitragszahler erweitert noch hat sich an der Bemessungsgrundlage der Beiträge Entscheidendes verändert. Im Gegenteil entzieht der Bund durch die Kürzung des Bundeszuschusses dem Gesundheitsfonds in den Jahren 2013 bis 2015 Mittel in Höhe von 8,5 Mrd. Euro. In diesem Zusammenhang verweise ich auf meine Stellungnahme zum Haushaltsbegleitgesetz 2014 und die öffentliche Anhörung hierzu am 13. Mai 2014.

In der parlamentarischen Debatte hat Bundesminister Gröhe behauptet, dass durch den vorgeschlagenen Gesetzentwurf rund 20 Millionen Mitglieder der GKV in den Genuss von Beitragssenkungen kommen würden. Bisher ist mir nicht bekannt, auf welcher Grundlage diese Zahl berechnet wurde. In jedem Fall dürfte nicht berücksichtigt sein, dass schon heute Krankenkassen Prämien an ihre Versicherten auszahlen und diese Prämienzahlung zukünftig wegfielen. Auch in diesem Zusammenhang verweise ich zudem auf die Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds.

### **2 Festsetzung des allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatzes bei 14,6%**

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird der paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu finanzierende Beitragssatz bei 14,6% festgeschrieben. Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils ist insofern nicht neu, als dies auch die geltende Gesetzeslage darstellt. Nichtsdestoweniger wird einmal mehr gesetzlich festgeschrieben, dass Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig ausschließlich von den Beschäftigten zu tragen sind. Dies ist insofern problematisch, als dass die Arbeitgeber aus der Verantwortung für Ausgabenanstiege entlassen werden bzw. bleiben. Aussagen von Regierungsseite in der parlamentarischen Debatte, diese Ausgabenentwicklung und die Belastung für die Beschäftigten genau beobachten zu wollen, haben in dem Gesetzentwurf keinen Niederschlag gefunden. Es ist davon auszugehen, dass die Gewerkschaften diese Entwicklung bei zukünftigen Tarifverhandlungen berücksichtigen müssen. Zudem mache ich darauf aufmerksam, dass die Arbeitgeber in Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen über Beitragssatzerhöhungen entscheiden können – ohne zukünftig selbst von den Konsequenzen dieser Entscheidungen betroffen zu sein.

### **3 Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags und des damit verbundenen steuerfinanzierten Sozialausgleichsverfahrens**

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag abgeschafft wird. Die pauschale Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich als dysfunktional erwiesen. Sie hat weder den Preiswettbewerb der Krankenkassen erhöht, noch die Gerechtigkeit der Finanzierung verbessert, noch die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV auf eine sichere Grundlage gestellt. Zu begrüßen ist außerdem die Abschaffung des steuerfinanzierten Sozialausgleichsverfahrens. Dieses Verfahren war in seiner Konstruktion außerordentlich mangelhaft und im Hinblick auf seine Finanzierung nicht dauerhaft gesichert.

### **4 Einführung kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeiträge**

Grundsätzlich ist das Instrument kassenindividueller einkommensabhängiger Zusatzbeiträge dazu geeignet, im Vergleich zu pauschalen Zusatzbeiträgen die Beitragsautonomie der Krankenkassen zu erhöhen. Gleichzeitig spricht vieles dafür, dass damit auch die Spielräume der Krankenkassen zur Finanzierung von Versorgungsinnovationen – etwa im Rahmen der integrierten Versorgung – wieder erhöht werden. Hintergrund ist, dass Versicherte relativ steigende einkommensabhängige Zusatzbeiträge nicht im gleichen Ausmaß mit Abwanderung sanktionieren wie dies in der Vergangenheit mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen passiert ist. Gleichwohl gilt es, die Auswirkungen des neuen Instruments auf den Preiswettbewerb genau zu beobachten. Im Übrigen weise ich darauf hin, dass eine paritätische Finanzierung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrags administrativ problemlos durchzuführen wäre.

### **5 Einführung eines vollständigen Einkommensausgleichs und Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs**

Zur Neutralisierung von Selektionsanreizen sind sowohl der Einkommensausgleich als auch die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs als grundsätzlich sachgerecht anzusehen.

### **6 Gründung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen**

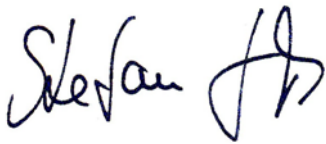
Im Grundsatz ist die Initiative zu begrüßen, dass die durch die Institutsgründung Qualitätsinformationen gebündelt und insbesondere für Versicherte in einer verständlichen und transparenten Form aufbereitet werden sollen. Der Gesetzentwurf bleibt jedoch vergleichsweise vage, zu welchem Zweck diese Informationen verwendet werden sollen. Eine Verwendung dieser Qualitätsinformationen für die Kalkulation von Zu- und Abschlägen bei der Krankenhausvergütung – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – ist jedoch aus den folgenden Gründen als mindestens ambivalent anzusehen.

Erstens würde die Einführung von „pay for performance“ Vergütungselementen die Ursachen von Qualitätsproblemen nicht beseitigen. Diese liegen nicht zuletzt in der mangelnden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. Gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt sind die Aufwendungen der

Bundesländer für die Investitionsfinanzierung von 0,24% im Jahr 1991 auf 0,10% in den Jahren 2012 und 2013 gesunken. Viele Krankenhäuser müssen schon heute Investitionen aus den von den Krankenkassen gezahlten Vergütungen finanzieren – diese sind aber weder dafür gedacht noch entsprechend kalkuliert. Zuschläge für höhere Qualität würden bei unveränderten Rahmenbedingungen solche Krankenhäuser belohnen, die Investitionen entweder durch den Zugang zum Kapitalmarkt oder durch die Mengenausweitung besonders profitabler Interventionen besonders gut finanzieren können.

Zweitens haben erfolgsabhängige Vergütungselemente immer die Konsequenz zur Folge, dass sich die zu vergütenden Akteure – in diesem Fall mutmaßlich vor allem die Krankenhäuser – auf die besonders gut vergüteten Interventionen spezialisieren. Dies ist durchaus beabsichtigt – führt aber auch zu einem „Tunnelblick“. Wenig gut vergütete Maßnahmen sind weniger attraktiv und werden seltener angeboten.

Drittens sind Abschläge für Leistungen mit schlechterer Qualität durchaus kritisch zu beurteilen. Die Entwicklung eines „Discount-Segments“ auf dem Krankenhausmarkt ist dringend zu vermeiden. Insofern sollte den Krankenkassen eher die Möglichkeit eingeräumt werden, qualitativ minderwertige Leistungen gar nicht zu vergüten.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stefan Greß'.

Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda