

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

A. Problem und Ziel

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Angesichts dieser Ineffizienzen und vor dem Hintergrund der großen Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts ist das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzbedarf erforderlich.

Eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmenseite im Gesundheitswesen muss verbunden sein mit einer Reform der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

Die in diesem Gesetz vorgesehenen Reformmaßnahmen stellen sicher, dass auch in Zukunft soziale Sicherheit im Krankheitsfall für alle gewährleistet wird. Insbesondere ist vorgesehen:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z.B. die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer z.B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, durch verstärkten Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung sowie durch mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,

- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Verbesserung der Wahlrechte und Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung

durch anrechnungsfähige Ausgestaltung der Alterungsrückstellungen sowie Einführung eines Basistarifs in der PKV, der allen PKV-Versicherten, der PKV systematisch zuzuordnenden Personen und allen freiwillig Versicherten in der GKV offensteht.

B. Lösung

Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung haben sich insbesondere auf folgende Maßnahmen verständigt, mit denen die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens modernisiert und neu geordnet werden:

- Die Beziehungen zwischen Patienten und Ärzten, Versicherten und Kassen, Kassen und Leistungserbringern werden transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Dies wird erreicht u.a. durch Wahltarife, größere Vertragsfreiheiten der Kassen, ein neues ärztliches Honorierungswesen, die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors, den Ausbau der integrierten Versorgung und die Straffung der Verbandsstrukturen.
- Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird eine Weiterentwicklung hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Nutzen der Versicherten und Patienten eingeleitet. Der Beitragssatz wird per Rechtsverordnung festgelegt. Kassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Neben der Organisation einer möglichst kostengünstigen Versorgung und dem Angebot von Kosten sparenden Tarifen für ihre Versicherten erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern bei einer Begrenzung auf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens – einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Erwirtschafteten Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten ausschütten.
- Durch die anteilige Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Hierfür werden aus Bundesmitteln im Jahr 2008 1,5 Mrd. Euro, 2009 3 Mrd. Euro bereitgestellt. Ab 2010 soll der Bundeszuschuss weiter anwachsen. Gleichzeitig wird abgesichert, dass jeder Kranke auch in Zukunft nicht nur die notwendige Behandlung unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen erhält, sondern auch am allgemeinen medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Mit dem beibehaltenen Schutz vor Überforderung bleibt der Grundsatz wirksam, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung des Gesundheitswesens beiträgt.
- Durch die Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) im Umfang des Basistarifes sowie die Schaffung eines Basistarifes in der privaten Versicherung werden die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten verbessert.

.....

§ 20d

Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.

(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen."

.....

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Zur Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen bietet eine Patientenversorgung auf hohem Niveau. Mit seiner Innovationskraft ist es zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass - die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt, - die Qualität der Versorgung erheblich variiert und - Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.

Auch angesichts großer Herausforderungen – insbesondere des demographischen Wandels, der Entdeckung neuer Krankheiten und damit neuer Behandlungsnotwendigkeiten sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts – muss das Gesundheitswesen weiterentwickelt werden. Das gilt sowohl für die Finanzierungsseite als auch für die Angebotsstrukturen des Systems. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird die Zahl älterer Menschen in Deutschland weiter zunehmen. Damit wird ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf erforderlich. Vor diesem Hintergrund bedarf es in Fortsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes weiterer tiefgreifender Reformen unseres Gesundheitswesens. Dabei muss eine Reform der Finanzierungsstrukturen und damit der Einnahmeseite im Gesundheitswesen gleichzeitig verbunden sein mit einer Reform auf der Ausgabenseite, die sicherstellt, dass die Mittel effizient und effektiv eingesetzt werden.

2. Das GKV-Modernisierungsgesetz als Wegbereiter weiterer Reformen

Bereits das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Es hat

- die Qualität und die Transparenz im Gesundheitswesen erhöht,
- die Stellung der Patienten im Gesundheitssystem gestärkt,
- die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verbessert und
- den Wettbewerb der Leistungserbringer ausgeweitet.

Die Praxisgebühr hat die erwünschten Steuerungsfunktionen entfaltet. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke können die Qualität der Versorgung verbessern. Mit Medizinischen Versorgungszentren wurden neue ambulante Versorgungsformen bundesweit zugelassen. Das GMG hat einen wesentlichen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Nettoverschuldung, die Ende 2003 saldiert bei über 6 Mrd. € lag, konnte saldiert bis Ende 2005 nahezu vollständig abgebaut werden. Allerdings wiesen noch immer 81 Krankenkassen mit mehr als der Hälfte aller Versicherten Schulden auf, die bis Ende 2007 vollständig abgetragen werden müssen.

3. Grundlegende Ziele der anstehenden Gesundheitsreform

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird das Gesundheitssystem auf allen Ebenen neu strukturiert und wettbewerblicher ausgerichtet. Damit werden insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Ein Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- der Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellung für eine künftige Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassen- und auf Leistungserbringerseite sowie Straffung der Institutionen,
- Entbürokratisierung und Vergrößerung der Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV sowie künftige Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit, Ausweitung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten in der privaten Krankenversicherung.
- Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt damit die mit dem GMG eingeleitete Gesundheitspolitik in Richtung Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten, Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl zwischen Krankenkassen als auch zwischen Leistungserbringern, Erhöhung der Transparenz über Angebote, Leistungen und Abrechnungen sowie Verminderung des bürokratischen Aufwands konsequent fort.

4. Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule des Gesundheitswesens

Ein weiteres wichtiges gesundheitspolitisches Ziel ist der Ausbau der Prävention zur eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung. Die Koalitionsfraktionen und die Bundesregierung werden ein Präventionsgesetz erarbeiten, mit dem Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert und an Präventionszielen ausgerichtet werden. Wichtige Elemente einer Verbesserung der Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung sind bereits in diesem Gesetz enthalten. So wird die Selbsthilfe und die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt und Schutzimpfungen werden als Pflichtleistungen der Krankenkassen verankert.

5. Reform der Pflegeversicherung

Neben der GKV-Reform und der Schaffung eines eigenständigen Präventionsgesetzes wird die Bundesregierung die notwendige Fortentwicklung der Pflegeversicherung angehen. Die Pflegeversicherung hat ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht und hilft mit ihren Leistungen den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, die Pflege besser zu meistern. Damit dies angesichts der demografischen Entwicklung so bleibt, wird auch die Pflegeversicherung grundlegend reformiert. Vorab sind in der GKV-Reform Regelungen zum Abbau von Schnittstellen zwischen den beiden Leistungssystemen vorgesehen. Diese Neuregelungen kommen den pflegebedürftigen Menschen ebenso zugute wie die zugleich vorgesehenen Leistungsverbesserungen. Dies gilt etwa für die Verankerung eines Anspruches auf geriatrische Rehabilitation und die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung sowie die neue spezialisierte Palliativversorgung oder für Verbesserungen bei der Hilfsmittelversorgung und der häuslichen Krankenpflege. In der Pflegeversicherung wurde für viele Regelungsbereiche der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" verankert. Dies gilt etwa für das Mitgliedschaftsrecht, das Beitragsrecht oder das Organisationsrecht. Dieser Grundsatz hat sich bewährt. Daher ist es erforderlich, eine Vielzahl von Vorgaben der GKV-Reform für die Krankenversicherung bereits jetzt und nicht erst in der Pflegereform in das Recht der Pflegeversicherung zu übernehmen. Dadurch werden absehbare Probleme und zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der den Krankenkassen obliegenden Durchführung der Pflegeversicherung vermieden, die bei einer Rechtszersplitterung zu befürchten sind.

.....

Zu § 20d

Mit der Neufassung des § 20d Absatz 1 werden Schutzimpfungen in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ausgenommen sind Impfungen, die ausschließlich aufgrund eines durch eine nicht berufliche Auslandsreise erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind. Damit werden bestimmte private Risiken von den durch die Solidargemeinschaft zu finanzierenden Pflichtleistungen ausgenommen. Sofern aber ein besonderes öffentliches Interesse besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit vorzubeugen, können auch derartige Schutzimpfungen Pflichtleistungen sein. Dies gilt z.B. für Reisen in Gebiete, in denen übertragbare Krankheiten vorkommen, die in Deutschland ausgerottet sind, wie z.B. die Poliomyelitis. Im Übrigen steht es im Ermessen der Krankenkassen, nicht im Pflichtleistungskatalog enthaltene Impfungen als Satzungsleistungen gemäß Absatz 2 vorzusehen.

Die Prävention durch Impfungen hat einen dreifachen Nutzen:

a) Sie schützen den Geimpften vor Infektionskrankheiten mit mitunter schwerwiegenden Komplikationen, darunter auch Krankheiten, für die es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt. Eine Schädigung des Ungeborenen durch eine Infektion in der Schwangerschaft kann für einige Erreger verhindert werden.

b) Sie verhindern Ausbruch und Weiterverbreitung von Epidemien durch einen Kollektivschutz.

Diese sog. Herdimmunität liegt beispielsweise für die Diphtherie bei einer Durchimpfungsrate von ca. 80 %, bei Masern bei ca. 95 %.

c) Impfungen zählen zu den kosteneffektivsten Präventionsmaßnahmen, helfen Krankheitskosten zu vermeiden und führen teilweise sogar zu Kosteneinsparungen (Beispiele: Influenzaimpfung bei älteren und bei Risikopatienten; Masernimpfung wird als ca. 189 Mio € kostensparend eingeschätzt; durch die Impfung gegen Keuchhusten werden in Deutschland pro Jahr rund 450 Mio. € eingespart.)

Nach der bisherigen Regelung in § 23 Abs. 9 können die Krankenkassen Schutzimpfungen in der Satzung vorsehen. Da es sich allerdings nur um „Kann-Leistungen“ der GKV handelt, kam es teilweise zu unterschiedlichen Leistungen der Krankenkassen, was eine hohe Impfbeteiligung behinderte. Durch die Verankerung von Leistungen für Schutzimpfungen als Pflichtleistungen der GKV wird:

- ein bundesweit einheitlicher Katalog der Impfleistungen geschaffen,
- die Transparenz und Sicherheit in der Kostenübernahme erhöht,
- der hohe - auch gesundheitspolitische - Stellenwert von Impfungen betont („Signalwirkung“) und
- der Arzt in die Lage versetzt, Impfungen ohne Unsicherheiten hinsichtlich der Kostenübernahme durchzuführen.

Die Einzelheiten zu den Leistungen für Schutzimpfungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss festzulegen. Bei seiner Entscheidung hat er sich mit den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) auseinanderzusetzen und den Nutzen der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit besonders zu berücksichtigen. Bei den Mitgliedern der STIKO handelt es sich um ausgewiesene Experten aus verschiedenen Fachgebieten, die über umfangreiche wissenschaftliche und praktische Erfahrungen zu Schutzimpfungen verfügen. Eine Impfempfehlung durch die STIKO erfolgt nach einer wissenschaftlichen Risiko/Nutzen-Abwägung unter Berücksichtigung des jeweiligen aktuellen Standes der medizini-

schen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik. Insofern bedarf es einer besonderen Begründung, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss von den Empfehlungen der STIKO abweichen. Ändert die STIKO ihre Empfehlungen, so muss der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten entscheiden, ob die Richtlinien anzupassen sind.

Mit der Neufassung des Absatz 2 soll den Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit eingeräumt werden, nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Impfleistungen als Satzungsleistung zu übernehmen. Dies kann unter anderem dann in Betracht kommen, wenn regionale Besonderheiten dies erfordern.

Mit Absatz 3 wird die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst verbessert. Um einen möglichst hohen Durchimpfungsgrad zu erreichen ist es erforderlich, neben der individuellen Inanspruchnahme von Impfleistungen auch die Möglichkeit zu schaffen, durch „aufsuchendes“ Impfen in Kindergärten, Schulen und Senioreneinrichtungen Impflücken zu schließen. Dies kann durch eine gezielte Zusammenarbeit von Krankenkassen und Öffentlichem Gesundheitsdienst erreicht werden. Zum Teil bestehen heute schon Verträge in den Ländern mit den Krankenkassen bezüglich der Übernahme der Impfstoffkosten.

Mit dem Gesetz soll eine einheitliche verlässliche Grundlage für diese Zusammenarbeit geschaffen werden. Dazu ist es erforderlich, dass krankenkassenübergreifend mit den in den Ländern zuständigen Stellen die Umsetzung organisiert und finanziert wird. Die Krankenkassen übernehmen dabei die Sachkosten der Impfungen (Kosten des Impfstoffs und Kosten des Verbrauchsmaterials), die Personalkosten verbleiben beim Öffentlichen Gesundheitsdienst.