

Bericht

des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss)
gemäß § 96 der Geschäftsordnung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

– Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1, 19/30550 –

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Bericht der Abgeordneten Dr. Birgit Malsack-Winkemann, Eckhardt
Rehberg, Sonja Amalie Steffen, Karsten Klein, Dr. Gesine Löttsch, und
Anja Hajduk

Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt, durch weitere Reformen die Leistungen sowie die Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung zu verbessern, Netzwerke zu stärken und strukturelle Verwerfungen zu beseitigen.

Der Gesetzentwurf zielt insbesondere darauf ab,

- die Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern,
- die den Qualitätserfordernissen genügende Verfügbarkeit verlässlicher Daten zu den ökonomischen Strukturen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen durch eine gesetzliche Verankerung sicherzustellen,
- Verbesserungen für gesetzlich Krankenversicherte u. a. durch erweiterte Leistungsansprüche und -angebote zu erreichen,
- mit der Reform des Notlagentarifs Verbesserungen für privat Krankenversicherte zu erreichen sowie
- die Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken zu fördern und die ambulante Kinderhospizarbeit zu stärken.

Mit dem Artikelgesetz werden die nachfolgenden Gesetze angepasst:

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte
- Artikel 4 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes
- Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
- Artikel 7 Änderung des Ergotherapeutengesetzes
- Artikel 8 Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden
- Artikel 9 Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes
- Artikel 10 Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende
- Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- Artikel 12 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
- Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
- Artikel 14 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
- Artikel 15 Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG)
- Artikel 16 Inkrafttreten

Die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen auf die öffentlichen Haushalte stellen sich wie folgt dar:

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund und Länder

Durch die Erstellung der Statistiken für Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung, für Krankheitskosten und für das Personal im Gesundheitswesen entstehen beim Statistischen Bundesamt für den Bund jährliche Kosten in Höhe von insgesamt rund 544.000 Euro, die bereits finanziell und stellenmäßig dauerhaft im Einzelplan 06, Kapitel 0614, erfüllt werden. Sofern die bestehenden Statistiken über die Rechtsverordnungen nach Artikel 15 § 8 nicht ausgeweitet werden, entstehen keine weiteren Haushaltsausgaben.

Auf das regionale Gesundheitspersonalmonitoring bezogene Haushaltsausgaben werden erst bei Umsetzung einer Rechtsverordnung nach Artikel 15 § 8 realisiert. Bei Umsetzung der Rechtsverordnung entstehen für die Einbeziehung des Personals des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Haushaltsausgaben in Höhe von voraussichtlich einmalig 243.000 Euro beim Statistischen Bundesamt für den Bund. Die prognostizierten jährlichen Haushaltsausgaben beim Statistischen Bundesamt für den Bund für die Umsetzung eines regionalen Gesundheitspersonalmonitorings für das Pflege- und Krankenhauspersonal sowie für das Personal des Öffentlichen Gesundheitsdienstes betragen rund 116.000 Euro.

Durch den ergänzenden GKV-Bundeszuschuss entstehen Mehrausgaben für den Bund im Jahr 2022 in Höhe von 7 Mrd. Euro. Die Finanzwirkungen in Bezug auf die Ermächtigung des BMG durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit BMF und Zustimmung des Bundestages bis 31. Dezember 2021 den ergänzenden GKV-Bundeszuschuss 2022 zur Sicherstellung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes in Höhe von 1,3 Prozent für 2022 anzupassen, können derzeit nicht beziffert werden.

Für den Bund entsteht voraussichtlich ein einmaliger finanzieller Aufwand von bis zu 8 Mio. Euro durch die Verlängerung der Regelung bis Ende 2021, nach der die Kosten im Rahmen der Behandlung von COVID-19 Intensivpatienten aus dem EU-Ausland bei entsprechen Kapazitäten in Deutschland durch den Bund getragen werden können.

Durch die Erweiterung der Möglichkeiten der Verwaltungskostenerstattung an die DRV-Bund zur Durchführung der staatlich geförderten Pflegevorsorge entstehen zunächst keine unmittelbaren Kosten für den Bund. Die private Pflegevorsorge wird durch einen Haushaltstitel im Einzelplan 15 finanziert. Inwieweit es nach einer Änderung der gesetzlichen Grundlage für die Verwaltungskostenerstattung zu einer Anpassung der Verwaltungsvereinbarung kommt und welche Mehr- oder Minderausgaben im vorgenannten Haushaltstitel damit verbunden sind, kann aktuell noch nicht geschätzt werden.

Im Rahmen der Regelung eines Modellvorhabens zur Genomsequenzierung entstehen für den Aufbau einer Vertrauensstelle beim Robert Koch-Institut für den Bund jährliche Personalkosten von rund 300.000 Euro, sowie einmalige Sachkosten für die Dauer des Modellvorhabens von rund 6 Mio. Euro. Für den Aufbau und Betrieb einer Datenbank beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entstehen für den Bund jährliche Personalkosten in Höhe von rund 1.500.000 Euro sowie einmalige Sachkosten für die Dauer des Modellvorhabens von rund 8 Mio. Euro.

Die Gewährung einer pauschalen Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der Sozialen Pflegeversicherung führt ab 2022 zu jährlichen Mehrausgaben von 1 Milliarde Euro.

Durch die Begrenzung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege ergeben sich für die Sozialhilfeträger Minderausgaben. Unter Berücksichtigung von Mehraufwendungen, die sich indirekt aus der Verpflichtung zur Zahlung von Tariflöhnen und der zweiten Stufe der Umsetzung des Personalbemessungskonzepts ergeben sind dies im Saldo 0,62 Milliarden Euro in 2022, 0,28 Milliarden Euro in 2023 und 0,21 Milliarden Euro ab 2024. Da die Reformmaßnahmen auch die private Pflegepflichtversicherung betreffen, ergeben sich im Bereich der Beihilfe mittelfristig jährliche Mehrausgaben von rund 0,13 Milliarden Euro.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Die zusätzliche Reserve bei Grippeimpfstoffen in Höhe von 30 Prozent kann in der Impfsaison 2021/2022 für die GKV zu Mehrausgaben für Grippeimpfstoffe von bis zu 35 Mio. Euro einschließlich Mehrwertsteuer sowie zu Mehrausgaben für die ärztliche Vergütung von bis zu 23 Mio. Euro führen. Auf die Träger der Beihilfe bei Bund, Ländern und Gemeinden entfallen Ausgaben im niedrigen Millionenbereich.

Mit der Regelung eines Korrekturverfahrens zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz können mögliche zusätzliche ungeplante Ausgaben für die GKV in Höhe von insgesamt rund 1 Mrd. Euro bei voller Jahreswirkung jährlich vermieden werden.

Die Regelung zu Leistungen im Ausland für Mitglieder in Elternzeit führt zu Beitragsmindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Durch die Umwandlung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationären Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen entstehen zudem Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich. Bei Ländern und Kommunen können sich für die Träger der Sozialhilfe durch die Verbesserungen der Vorsorgeleistungen sehr geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben bei den Erstattungsleistungen nach § 264 Absatz 7 SGB V ergeben.

Den Krankenkassen entsteht für die erhöhte Förderung ambulanter Krebsberatungsstellen und deren Finanzierung durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand. Dieser ist aufgrund der nicht vorhersehbaren Abrufung der Fördermittel sowie der variierenden Zahl der Versicherten nicht konkret bezifferbar, beläuft sich jedoch ungefähr auf das Doppelte der für das Jahr 2020 verausgabten Mittel.

Durch die Anrechnung eines Freibetrags für unterhaltsberechtigte, nicht gemeinsame Kinder von Ehegatten bei der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder entstehen jährlich Mindereinnahmen im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Durch den ergänzenden GKV-Bundeszuschuss entstehen Mehreinnahmen für die GKV im Jahr 2022 in Höhe von 7 Mrd. Euro. Die Finanzwirkungen in Bezug auf die Ermächtigung des BMG durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit BMF und Zustimmung des Bundestages bis 31. Dezember 2021 den ergänzenden GKV-Bundeszuschuss 2022 zur Sicherstellung eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in Höhe von 1,3 Prozent für 2022 anzupassen, können derzeit nicht beziffert werden.

Für die GKV entstehen bei voller Jahreswirkung ab 2022 geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 13 Mio. Euro durch den Änderungsantrag zur Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung.

Bei einem aktuellen GKV-Ausgabevolumen von rund 200 Mio. Euro für Leistungen der Haushaltshilfe und der Berücksichtigung darin enthaltener Aufwendungen für selbstbeschaffte Haushaltshilfe von ca. 80 Mio. Euro kann davon ausgegangen werden, dass sich je 1 Prozent Grundlohnüberschreitung für die Krankenkassen Mehrausgaben von 1 bis 2 Mio. Euro durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Leistungserbringern der Haushaltshilfe ergeben.

Den Krankenkassen entstehen durch die Finanzierung der Leistungen eines Modellvorhabens zur Genomsequenzierung ab dem Jahr 2023 jährliche Mehrausgaben im zweistelligen Millionenbereich. Diese sind aufgrund der bisher nicht festgelegten Indikationen zur Inanspruchnahme sowie der bisher nicht vorhersehbaren Labor- und Analysekapazitäten nicht konkreter bezifferbar. Dagegen stehen nicht quantifizierbare Entlastungen durch eine zielgenauere und damit effizientere Versorgung von Krebspatienten.

Durch die Ausnahmeregelung zum Fixkostendegressionsabschlag entstehen ab dem Jahr 2022 voraussichtlich Mehrausgaben (insbesondere GKV und PKV) in nicht quantifizierbarer Höhe. Die Höhe der Mehrausgaben ist insbesondere abhängig davon, wie viele Krankenhäuser für wie viele Jahre weniger Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet werden, vereinbaren als für das Jahr 2019.

Für die GKV entstehen im Hinblick auf die Geschäftsordnung der neuen Schiedsstelle, die an die Stelle der AMNOG-Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 SGB V tritt, einmalige Kosten im niedrigen vierstelligen Bereich.

Die Verpflichtung zur Zahlung von Tariflöhnen durch Pflegedienste führt im Bereich der häuslichen Krankenpflege zu Mehrausgaben von 0,12 Milliarden Euro in 2022 und von jährlich 0,36 Milliarden Euro ab 2023.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus pauschalen Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab 2022 jährliche Mehreinnahmen von 1 Milliarde Euro. Aus der Anhebung des Kinderlosenzuschlags um 0,1 Beitragssatzpunkte ergeben sich jährliche Mehreinnahmen von 0,4 Milliarden Euro.

Die Begrenzung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege führt ab 2022 zu jährlichen Mehrausgaben von 2,55 Milliarden Euro. Aus der Verpflichtung zur Zahlung von Tariflöhnen ergeben sich über die Eigenanteilsbegrenzung in 2022 weitere Mehrausgaben von 0,2 Milliarden Euro und ab 2023 von jährlich 0,61 Milliarden Euro. Über den gleichen Mechanismus ergeben sich aus der zweiten Stufe der Umsetzung des Personalbemessungskonzepts in 2023 Mehrausgaben von 0,11 Milliarden Euro und ab 2024 von jährlich 0,22 Milliarden Euro.

Aus der Anhebung der Sachleistungsbeträge nach § 36 SGB XI ergeben sich ab 2022 jährliche Mehrausgaben von 0,3 Milliarden Euro und aus der Anhebung der Leistungsbeträge für die Kurzzeitpflege ebenfalls ab 2022 jährliche Mehrausgaben von 0,08 Milliarden Euro.

Den Mehrausgaben stehen ab 2021 Minderausgaben von jährlich 1,8 Milliarden Euro aus dem Verzicht auf die allgemeine Dynamisierung der Leistungsbeträge nach § 30 SGB XI gegenüber.

Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger, die an dem neuen Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas teilnehmen möchten, ergibt sich ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand für die Erklärung der freiwilligen Teilnahme.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich im Saldo etwa 470.000 Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 17 Mio. Euro. Der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in Höhe von 470 T€ kann im Sinne der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung kompensiert werden durch Entlastungen aus dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz.

Für die Wirtschaft entsteht geringer, nicht bestimmbarer Erfüllungsaufwand, dem eine Entlastung von etwa 2,24 Mio. Euro jährlich entgegensteht. Diese wird durch die Umstellung auf elektronische Datenübermittlungsverfahren in § 301 Absatz 4 a SGB V im Bereich der Einrichtungen nach § 15 SGB VI und § 33 SGB VII erreicht.

Im Rahmen der „One-in-one-out“-Regel der Bundesregierung dient diese Entlastung zur Kompensation von Änderungen aus folgenden früheren Vorhaben: Digitale-Versorgung-Gesetz, Masernschutzgesetz, Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung sowie teilweise der Achtzehnten Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entsteht durch viele verschiedene Einzelregelungen insgesamt einmaliger Erfüllungsaufwand von ca. 1,3 Mio. Euro. Dem steht eine Verringerung des jährlichen Aufwands in Höhe von im Saldo ca. 250.000 Euro entgegen. Die größte Einzelposition ist eine Entlastung in Höhe von 950.000 Euro jährlich durch die Regelungen zur Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes.

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht durch die Durchführung von Maßnahmen der Rechtsaufsicht über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zusätzlicher Personalbedarf. Unter der Annahme, dass hierfür ein Vollzeitäquivalent im höheren Dienst zu veranschlagen ist, ist von Kosten in Höhe von rund 100.000 Euro jährlich auszugehen.

Durch Änderungen bei der Möglichkeit der Länder, Ausnahmen von den Mindestmengen vorzusehen, entsteht geringer Erfüllungsaufwand für Länder sowie die Krankenkassen. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Länderbehörden haben nunmehr im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu entscheiden. Weiterhin haben die Länder neue Informationspflichten in Form von Mitteilungspflichten an den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Bundesministerium für Gesundheit. Die Häufigkeit der Vorgänge pro Jahr ist nicht abschließend einschätzbar, wird aber auf Basis der durch die Länder in den Vorjahren gewährten Ausnahmen, für die Länder insgesamt im einstelligen Bereich angenommen. Für die einvernehmliche Entscheidung wird für die Länder eine Arbeitszeit pro Fall von 15 bis

60 Minuten und für die Krankenkassen von 50 bis 95 Minuten mit überwiegend hohem Schwierigkeitsgrad und bei durchschnittlichen Lohnkosten von 40,30 Euro angenommen. Für die neue Verpflichtung zur Informationsübermittlung einschließlich der Vorbereitung wird pro Fall eine Arbeitszeit von durchschnittlich 15 Minuten angenommen mit überwiegend mittlerem Schwierigkeitsgrad und bei durchschnittlichen Lohnkosten von 40,30 Euro.

Der Änderungsantrag zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus nach § 137k SGB V sieht vor, dass DKG, GKV-SV und PKV (im Einvernehmen mit dem BMG) die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung sicherstellen. Dazu sind fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Entwicklung und der Erprobung des Pflegepersonalbemessungsverfahrens zu beauftragen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene tragen die Kosten für die Ausschreibung, Auftragsvergabe, Entwicklung und Erprobung des Bemessungsverfahrens. Die Kosten werden zu 50 Prozent von der Deutschen Krankenhausgesellschaft getragen; die weiteren 50 Prozent der Kosten werden gemeinsam von der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung getragen. Entsprechend ihres jeweiligen Versichertenanteils entfallen dabei 46,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und 3,5 Prozent auf den Verband der Privaten Krankenversicherung. Diese Kostentragung gilt auch für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht einigen können und die Beauftragung durch das BMG erfolgt. Die Höhe der Kosten der Beauftragung ist derzeit nicht abschätzbar, da diese maßgeblich von dem konkreten Entwicklungsauftrag der Vertragsparteien abhängt.

Der Bundespsychotherapeutenkammer werden durch die Veröffentlichungspflicht der Ausbildungskosten der Ambulanzen und der jeweiligen Höhe des Vergütungsanteils der Psychotherapeuten in Ausbildung geringfügige Kosten entstehen.

Finanzielle Auswirkungen entstehen aufgrund des Vorziehens der Einführung des Ist-Kostenausgleiches im RSA für das Kinderkrankengeld auf 2021 nicht. Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entsteht geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt jährlich im Saldo etwa 140.000 Euro und einmalig etwa 13,9 Mio. Euro.

Weitere Kosten

Der privaten Krankenversicherung entstehen durch die um 21 Mio. Euro jährlich erhöhte Förderung ambulanter Krebsberatungsstellen und deren anteiliger Finanzierung in Höhe von 7 Prozent jährliche Mehrausgaben von bis zu 1,47 Mio. Euro.

Für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber entstehen durch die Änderung des § 17 SGB V Kosten, sofern die im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen die Kosten für Behandlungen im Inland übersteigen.

Falls der Verband der Privaten Krankenversicherung von seiner Möglichkeit zum freiwilligen Vertragsbeitritt zum Modellvorhaben zur Genomsequenzierung Gebrauch macht, können den teilnehmenden privaten Krankenversicherungsunternehmen jährliche Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen.

Aufgrund der Möglichkeit der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die Zusatzkosten aus der Beteiligung an den Aufwendungen für den Pflegerettungsschirm einschließlich der Testverordnung über einen befristeten Beitragszuschlag zu refinanzieren, könnten die monatlichen Versicherungsprämien in der privaten Pflege-Pflichtversicherung zwischen dem 1. Juli 2021 und dem 31. Dezember 2022 um einen niedrigen bis mittleren einstelligen Eurobetrag steigen.

Der Haushaltsausschuss hält den Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen

der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für mit der Haushaltslage des Bundes vereinbar.

Die Finanzplanung des Bundes für die Folgejahre ist entsprechend fortzuschreiben.

Dieser Bericht beruht auf der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Beschlussempfehlung.

Berlin, den 9. Juni 2021

Der Haushaltsausschuss

Peter Boehringer

Vorsitzender

Dr. Birgit Malsack-Winkemann

Berichterstatterin

Eckhardt Rehberg

Berichterstatter

Sonja Steffen

Berichterstatterin

Karsten Klein

Berichterstatter

Dr. Gesine Löttsch

Berichterstatterin

Anja Hajduk

Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.