

## **Die Gesundheitsreform 2006 - Systemwechsel durch die Hintertür!**

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Der Referentenentwurf zur Gesundheitsreform 2006 (GKV-WSG) enthält keine Lösungen für die entscheidenden Probleme unseres Gesundheitssystems, die nicht in der Organisation seiner Finanzierung begründet sind. Es ist unabdingbar, dass ausreichend Mittel – aus Beiträgen und Steuern – zur Verfügung stehen, entscheidend ist jedoch, dass diese bedarfsgerecht und wirksam eingesetzt werden. Dazu bedarf es keiner Millionen verschlingenden Neugestaltung des Beitragseinzugs, des Verteilungssystems oder der Verbandsorganisation. Überfällig ist die systematische und nachhaltige Klärung, welche Versorgungsinhalte für welche Leistungsbedarfe wirklich wirksam sind und, dass im Gesundheitswesen ausschließlich Versorgungsangebote organisiert und bezahlt werden, die das gewährleisten. Wettbewerb muss um Wirksamkeit und Qualität der Leistungen geführt werden. Dazu ist aber die unabhängige und konsenterte Definition der Leistungsinhalte und ihrer Qualität unverzichtbar, um die dann der Wettbewerb geführt werden kann. Zu diesen Reformforderungen enthält der Referentenentwurf keine wirksamen Lösungen. Im Bereich der Versorgung knüpft er ohne wirklich neue Elemente im Wesentlichen an das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) an. Im Gegensatz dazu werden das Finanzierungsverfahren, die Vergütung ärztlicher Leistungen und die Verbändeorganisation weitreichenden Veränderungen unterworfen, die im Wesentlichen keine Reform des Gesundheitswesens, sondern einen Systemwechsel des bisher auf Solidarität basierenden Systems der Krankenversicherung kennzeichnen.

Vergleicht man die unterschiedlichen politischen Reformoptionen der Parteien, so ergibt sich eine Bandbreite von

- der völligen Ablösung der solidarischen Krankenversicherung (GKV) durch ausschließlich privat betriebene Eigenvorsorge (FDP) über die
- weitgehend privat organisierte Eigenvorsorge unter Rückführung des Solidarsystems auf eine Basissicherung, etwa vergleichbar der Entwicklung in den Niederlanden (CDU/CSU)
- Weiterentwicklung des Solidarsystems zu einer Bürgerversicherung (SPD, mit anderer Akzentsetzung DIE GRÜNEN) bis hin zu
- Korrekturen im bestehenden System unter Wahrung der öffentlich-rechtlichen Organisationsform und der Selbstverwaltung der GKV (DIE LINKSPARTEI).

Bewertet man den vorliegenden Referentenentwurf auf dem Hintergrund dieser z.T. weit auseinander liegenden bis völlig gegensätzlichen politischen Zielvorstellungen, so lässt sich gut nachvollziehen, inwieweit die in der Koalition vertretenen Parteien Ihre jeweiligen politischen Ziele durchsetzen oder den Boden für eine spätere Durchsetzung bereiten konnten.

Weder die Zielsetzung der Weiterentwicklung des Solidarsystems der GKV zu einer Bürgerversicherung, noch die zur Stärkung der Einnahmeseite und zur ökonomisch indizierten Weiterentwicklung der Versorgungsinhalte und Versorgungsstrukturen (Ausgabenseite) gebotenen Reformschritte erfordern eine derart systemrelevante Veränderung des Transfersystems auf der Einnahmeseite oder der Organisationsstrukturen der Kassen, wie sie der Referentenentwurf enthält.

Für die Zielsetzung, das Solidarsystem auf eine Basissicherung zurückzufahren und durch weitgehende Eigenvorsorge abzulösen ist es allerdings konsequent, die Gesundheitsreform 2006 zu nutzen, die bestehenden Strukturen der GKV weitgehend zu deregulieren – mindestens aber zu destabilisieren -, um der Bevölkerung in einer künftigen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages den dann „unumgänglichen“ vollständigen Systemwechsel vom öffentlich-rechtlich organisierten Solidarsystem zur Privatversicherung besser vermitteln und diesen Wechsel - vergleichbar der Entwicklung in den Niederlanden – auch rechtlich vollziehen zu können. Die in den Medien über Wochen stereotyp beschworene Gefährdung der privaten Krankenversicherung (PKV) verstellt im Sinne psychologisch geschickter Desinformation lediglich den Blick auf die beabsichtigte Deregulierung der GKV als Vorstufe ihrer beabsichtigten Privatisierung.

Der Referentenentwurf dokumentiert die „Geländegewinne“, die die Koalitionsparteien im Sinne ihrer jeweiligen, weitergehenden politischen Zielvorstellung nach zähen Verhandlungen erreichen oder nicht erreichen konnten. Während die CDU/CSU mit den Elementen zur Deregulierung und Destabilisierung (Fondslösung, Sicherung der Interessen der Leistungserbringer usw.) erhebliche systemverändernde Entwicklungen einleiten konnte, ist es der SPD mit Blick darauf nicht einmal gelungen, „alles offen zu halten“, wie Ulla Schmitt im Gespräch mit den Krankenkassen am 2.8.06 ihre Zielsetzung bekundete.

Dabei ist es kaum bemerkenswert, dass CDU/CSU dafür sogar Elemente der Zentralisierung von Verantwortung und Entscheidung sowie Organisationsstrukturen in Kauf nehmen, die nicht nur wettbewerbsfeindlich sind, sondern sogar staatsmonopolistische Züge tragen. Können sie dies doch dem Koalitionspartner SPD anlasten und damit gleichzeitig strategisch die Notwendigkeit weiterer Deregulierungsschritte in der Zukunft begründen. Auf dieser Linie liegt auch die heute schon beschworene „Managementqualität“ der Kassen, die dafür ursächlich sein soll, wenn das System in weiten Bereichen nicht mehr funktioniert und damit der Politik die Begründung für die folgenden Schritte zur Systemderegulierung liefert.

Vor diesem Hintergrund setzt sich dieser Beitrag mit den Argumentationsmustern der Gesundheitsreform auseinander und orientiert sich zur Gliederung an den Überschriften der von der Bundesregierung zu den Eckpunkten bereitgestellten Begleitmaterialien, insbesondere des Papiers „Wesentliches im Überblick“<sup>1</sup>.

### **Eine gute Gesundheitsversorgung sichert das Wohlergehen der Menschen**

Die Bundesregierung will „nach einem Weg suchen, der allen, ausnahmslos allen die nötigen Gesundheitsleistungen zu bezahlbaren Preisen garantiert“. Deshalb brauche man „die neue Gesundheitsversicherung“, die mehr Funktionen als die alte Hauptaufgabe habe, Beiträge einzuziehen und an die Leistungserbringer zu verteilen. Dabei sieht sich die Bundesregierung als „Suchender auf dem Weg“. Diese Selbsteinschätzung ist zu unterstreichen. Mit dem vorgelegten Referentenentwurf ist sie jedenfalls nicht fündig geworden.

Er gewährleistet nicht, dass künftig auch tatsächlich die „nötigen“ Gesundheitsleistungen erbracht werden. Dazu müsste z.B. das Kölner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Auftrag erhalten, die Leistungsinhalte, die aus einem gegebenen Anlass regelhaft als bedarfsgerechte Leistungen zu erbringen sind, in Behandlungspfaden o.ä. zu beschreiben. Die vorgesehenen pauschalierenden Verfahren der Leistungskomplexvergütung garantieren auch keine „bezahlbaren Preise“. Zu Lasten der Versicherten versprechen sich jedenfalls die Kassenärzte von den – wesentlich nach ihren Vorstellungen gestalteten – künftigen Vergütungsregelungen Mehreinnahmen in Höhe von rund 5 Mrd. € ab 2009, was eine Beitragssatzanhebung von 0,5 v.H. bewirken könnte.<sup>2</sup>

Die in den Materialien<sup>3</sup> enthaltene Ankündigung, dass der medizinisch notwendige Leistungskatalog für alle Kassen gleich bleibt, ist ökonomisch nur für die Jahre 2008 und 2009 hinterlegt. Leistungskürzungen werden nämlich nur „im Zusammenhang“ mit der für die Jahre 2008 und 2009 vorgesehenen Steuerfinanzierung ausgeschlossen<sup>4</sup>. D.h., dass mit der Sicherstellung der Steuerfinanzierung in der folgenden Legislaturperiode für die Jahre ab 2010 alles offen ist und Leistungsausgrenzungen dann nicht mehr ausgeschlossen sind.

---

<sup>1</sup> Begleitmaterialien zu den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform

a) Die neue Gesundheitsversicherung – das Herz der sozialen Sicherung – Wesentliches im Überblick

b) Fragen und Antworten zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006

<sup>2</sup> Dienst für Gesellschaftspolitik vom 13. Juli 2006, S. 10

<sup>3</sup> Begleitpapier „Die neue Gesundheitsversicherung...“, Seite 4

<sup>4</sup> Eckpunkte, Ziffer 15, Buchst. e), Seite 22

In der Begründung zum Referentenentwurf wird der vollständige Abbau der 2003 noch vorhandenen Nettoverschuldung von 6 Mrd. € dargestellt<sup>5</sup>. Dieser Abbau wurde fast vollständig von den Versicherten finanziert. Dabei wurden einkommensschwache Versicherten, chronisch kranke, behinderte sowie pflegebedürftige Menschen und deren Familien zT schon über ein nach ethisch-moralischen, sozialen und ökonomischen Grundsätzen vertretbares Maß hinaus belastet.

Der Referentenentwurf betont deshalb zum Recht den Schutz vor Überforderung. Tatsächlich enthält der Referentenentwurf jedoch verschiedene Regelungen, die die Versicherten und Rentner unmittelbar zusätzlich belasten (Zusatzbeitrag), sich in besonderem Maße auf einkommensschwache Familien auswirken (8-EUR-Regelung) oder von den Menschen Zuzahlungserhöhung wahrgenommen werden (Absenkung der Kassenleistung bei den Kosten des Krankentransports).

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wird deshalb um eine Überforderungsklausel zu ringen sein. Zum einen muss beim Zusatzbeitrag ausgeschlossen werden, dass ausgerechnet die sozial Schwachen für den Zusatzbeitrag z.T mehr als das Doppelte der Regelbelastung von 1% (z.B. Altenheimbewohner mit Taschengeld) aufbringen müssen. Zum anderen muss die Versorgung auch gesichert sein, wenn jemand die Restkosten des Krankentransportes nicht bezahlen kann. Davon sind in besonderem Maß chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen betroffen, die ihre Versorgung z.T. nur mit Hilfe dieser Transporte erhalten können und anderenfalls stationär versorgt werden müssten, was auch ökonomisch unsinnig ist.

Unabhängig davon addieren sich die durch die verschiedenen Gesetze (GMG, GKV-WSG) auferlegten Lasten zwischenzeitlich für bestimmte Bevölkerungsgruppen auf eine Größenordnung, die ihr verfügbares Einkommen so reduzieren, dass eine der Würde des Menschen entsprechende Lebensführung kaum noch möglich ist. So verbleiben heute schon - ohne die weiteren Belastungen aus dem GKV-WSG - vielen Altenheimbewohnern, die Leistungen nach § 35 Abs. 2 SGB XII (Taschengeld) erhalten, weniger als 50 € monatlich, aus denen sie noch geringfügige Bedarfe des täglichen Lebens (Seife, Zahnpasta, Taschentücher usw.) bestreiten müssen.

Es ist deshalb dringend erforderlich, im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform nicht nur die spezifischen Einzellasten, sondern die Lebenssituation der Betroffenen und ihre Gesamtbelastung wahrzunehmen und im Sozialhilferecht sicherzustellen, dass sozial schwache Menschen tatsächlich wieder ein Leben in Würde führen können.

### **In Deutschland wird niemand mehr ohne Absicherung im Krankheitsfall sein**

Mit der „neuen Gesundheitsversicherung“ soll – so die Bundesregierung – „jeder und jede versichert sein und gute Leistungen erhalten“. Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass die aus einem System der Krankenversicherung (GKV oder PKV) herausgefallenen Menschen wieder einen Zugang zum System erhalten. Unversichert bleiben aber weiterhin Ausländer, die nach § 5 Abs. 5 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet sind, selbst für ihren Lebensunterhalt einschließlich der Krankenversicherung zu sorgen.

Die Mehrzahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (Selbständige und Mittelständler) fiel aus den Sicherungssystemen heraus, weil sie die Prämien oder Beiträge nicht mehr aufbringen konnten und die Sozialhilfeträger nach dem GMG diese Prämien zur Erhaltung des Versicherungsschutzes nicht mehr übernehmen durften. Die Folge war, dass die Betroffenen – anders als in Amerika mit dem 1965 eingeführten Programm *Medicaid* – nunmehr ohne jeden Krankenversicherungsschutz blieben. Dazu sieht der Referentenentwurf nunmehr die Übernahme der erforderlichen Beiträge durch den Sozialhilfeträger auch dann vor, wenn jemand darüber hinaus keine Sozialhilfeleistungen benötigt und aus seinem Einkommen den vollen Beitrag nicht bezahlen kann. Streitig ist noch die Höhe des Beitrags für die danach wieder von der PKV aufzunehmenden Versicherten. Der Beitrag soll nämlich

<sup>5</sup> Letzter Absatz des 2. Abschnitts

maximal 125 € betragen<sup>6</sup>, was von der PKV als nicht kostendeckend abgelehnt wird. Nimmt man ihre öffentlichen Reaktionen darauf ernst, so gefährdet dieses – gemessen an der Größe der gesamten Versichertengemeinschaft der PKV – nachgerade winzige Maß an Solidarität den Bestand der gesamten PKV. Das kann man ökonomisch nicht ernst nehmen, belegt jedoch, dass nicht das Wohl der Versicherten, sondern der Blick auf die Ertragsrendite des Versicherungsunternehmens die Debatte bestimmt.

Neben der mit dem GKV-WSG verbundenen Wiederherstellung des Zuganges zur sozialen Sicherung für die aus dem System ausgeschiedenen Menschen ist die Gewährleistung der im System bereitgestellten Leistungen für die sozial schwachen Menschen mindestens ebenso dringlich. Was nutzt ein Krankenversicherungsschutz, wenn man wirtschaftlich nicht in der Lage ist, ihn auch in Anspruch zu nehmen.

Eine<sup>7</sup> die Millionengrenze weit überschreitende Zahl von Mitgliedern der Krankenkassen kann nämlich die ihnen zustehenden Leistungen nicht mehr erhalten, weil sie aus ihrem Einkommen die Zuzahlung für Medikamente, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel nicht mehr aufbringen bzw. die bereits aus der Versorgung ausgegrenzten Leistungen wie Brillen, bestimmte Arzneimittel usw. nicht mehr bezahlen kann. Da die Sozialhilfeträger seit Inkrafttreten des SGB XII keine über die Leistungen der GKV hinausgehenden Leistungen, d.h., auch keine erforderliche Zuzahlungen, mehr übernehmen, bleiben diese Menschen insoweit trotz bestehender Leistungsansprüche unversorgt. Sie sind in ihrer Lebenssituation auch nicht in der Lage, sich in langjährigen Streitverfahren vor den Verwaltungsgerichten darüber mit den Sozialhilfeträgern auseinanderzusetzen. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.<sup>8</sup> (DVfR) hat gerade zum SGB XII-Änderungsgesetz darauf hingewiesen, dass insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen (z.B. 10 bis 15 % aller Bewohner in Behinderteneinrichtungen usw.) auf diese Weise betroffen sind. Sie fordert deshalb zu Recht, dass die Sozialhilfeträger in diesen Fällen medizinisch notwendiger Leistungen die von den Krankenkassen nicht getragenen Kosten bzw. die Kosten der Zuzahlung ohne Darlehensregelung wieder übernehmen.

Davon, dass „jeder und jede versichert sein und gute Leistungen erhalten“ wird, kann deshalb auch nach der Gesundheitsreform 2006 nicht die Rede sein.

### **Worauf es ankommt: Wahlfreiheit, Wettbewerb, Transparenz**

Nach den Eckpunkten soll der Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Privatversicherungen „fairer“ werden. Diese Zielsetzung unterstellt man selbstverständlich der CDU/CSU. Weniger bekannt ist, dass auch die gesundheitspolitischen Beschlüsse der SPD seit ihrem Bochumer Parteitag das Ziel eines „fairen Wettbewerbs“ zwischen PKV und GKV enthalten.

Es ist eine immanente Eigenschaft des Wettbewerbs, den Wettbewerber im Markt zu überflügeln oder gar aus dem Markt zu drängen. D.h., Wettbewerb ist seiner Natur nach alles andere als „fair“. Unabhängig davon ist ein offener Wettbewerb nur denkbar, wenn die Rahmenbedingungen für die Wettbewerber gleich oder zumindest weitgehend gleich sind. Nicht ohne Grund beinhaltet das deutsche und europäische Vergaberecht zur Gewährleistung eines gleichberechtigten Wettbewerbs eine Reihe von Regelungen, die allein dazu dienen, den Wettbewerbern gleiche Rahmenbedingungen zu sichern.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist Element des öffentlichen Sozialrechts, die Privatversicherung bewegt sich im Rahmen des Privatrechts. GKV und PKV haben nicht nur unterschiedliche Organisations-, Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen sowie unterschiedliches Haushalts- und Bewirtschaftungsrecht, sie bewegen sich vor allem in

<sup>6</sup> Erklärung der drei Parteivorsitzenden zur Gesundheitsreform vom 5.10.2006

<sup>7</sup> ausgehend von der Zahl der wegen erwiesener Armut nach den früheren Zuzahlungsregelungen vollständig von der Zuzahlung befreiten Versicherten

<sup>8</sup> Stellungnahme vom 7.8.2006 zum Referentenentwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze sowie zum Referentenentwurf einer ersten Verordnung zur Änderung der Regelsatzverordnung für die Sozialhilfe vom 25.7.2006

unterschiedlichen rechtlichen Regelungskreisen, die völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen setzen. Ein auch nur annähernd gleichberechtigter Wettbewerb zwischen PKV und GKV wäre nur denkbar, wenn diese – rechtlich gravierend unterschiedlichen – Rahmenbedingungen aufgehoben würden.

Da einer Verstaatlichung der Privatversicherung das Grundgesetz entgegensteht, könnte die Angleichung der Rahmenbedingungen nur durch die Privatisierung der GKV erreicht werden. In diese Richtung enthalten die Eckpunkte – wie eingangs ausgeführt – allerdings elementare Schritte.

Das Bundesverfassungsgericht hat zwar in ständiger Rechtsprechung für den Bereich der Krankenversicherung eine weitgehende Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers insbesondere hinsichtlich organisatorischer Fragen anerkannt. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts basiert bisher jedoch auf dem Bestehen einer Solidargemeinschaft und befasste sich mit verfassungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Begründung bzw. dem Erhalt dieser Solidargemeinschaft. Es bestehen erhebliche Zweifel ob die weitgehende Gestaltungsfreiheit auch die Ablösung des bestehenden Solidarsystems durch ein System der Risikogemeinschaften beinhaltet, auch wenn sich dem Grundgesetz eine Garantie des bestehenden Sozialversicherungssystems oder seiner sie tragenden Organisationsprinzipien nicht entnehmen lässt.

### **Das heutige System ist ein bürokratischer Irrgarten. Es muss einfacher und durchschaubarer werden**

Nach Auffassung der Bundesregierung verbessert die Reform die Verhältnisse im System so, dass sie einfacher und durchschaubarer werden. Der Gesundheitsfonds werde dazu gebraucht, die Verhältnisse zu entwirren. Überflüssige Bürokratie verschwinde.

Nach organisationswissenschaftlichen Maßstäben kann von Entbürokratisierung ausgegangen werden, wenn Verantwortung klar definiert und zugeordnet ist, flache, d.h., möglichst keine mehrstufigen, Entscheidungshierarchien erreicht und überflüssige Verfahrensabläufe beseitigt worden sind.

Während die Beiträge bisher ohne zusätzliche Organisationsstrukturen von den Krankenkassen selbst eingezogen und verwaltet wurden, werden für die Administration des Gesundheitsfonds zusätzliche Strukturen beim Bundesversicherungsamt sowie die Errichtung und/oder Beteiligung eines Instituts erforderlich. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf die Errichtung weiterer Institute für die Organisation der neuen Vergütung für die ärztliche Versorgung sowie die Qualitätssicherung vor. Danach bewirkt die Gesundheitsreform weitere administrative Strukturen im Gesundheitswesen. Zudem müssen die Landesgeschäftsstellen der Ersatzkassenverbände, die bisher eine Organisationseinheit des VdAK bilden, in eigenständige Arbeitsgemeinschaften mit bisher nicht benötigten neuen Organisationsstrukturen überführt werden.

Die dem künftigen Spitzenverband der Krankenkassen zugedachten Aufgaben (u.a. Rahmenvertrag für Vergütung, Mindeststandards für Leistungsqualitäten, Festbetragsfestsetzungen) überschneiden sich mit den Aufgaben der beibehaltenen bisherigen Landesverbände der Krankenkassen (kollektive Vertragsbeziehungen mit Ärzten und Krankenhäusern mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen, Vereinbarung des auf Landesebene verfügbaren Finanzvolumens, Abweichungen von den bundesweiten Richtpreisen). Während die Landesverbände bisher die mittlere Stufe einer ansonsten dreistufigen, im Innenverhältnis durchgängig vernetzten Gesamtorganisation der Krankenkassen bildeten, stehen die künftigen Strukturen ohne innere Vernetzung nebeneinander. Daraus ergeben sich zwangsläufig erhebliche Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme bisher nicht gekannter Art.

Das System wird damit alles andere als unbürokratischer, einfacher und durchschaubarer.

Aus organisationswissenschaftlicher Sicht kann deshalb von Entbürokratisierung nicht ernsthaft gesprochen werden.

### **Krankenkassen: Wettbewerb um Versicherte heißt Wettbewerb um Qualität**

Die Bundesregierung betont, dass der Wettbewerb sich künftig auf Güte und Qualität der medizinischen Versorgungsangebote konzentrieren werde – und darauf, wie wirtschaftlich die Kassen mit dem Geld ihrer Mitglieder umgehen.

Die im Wettbewerb stehende Einzelkasse hat aber künftig weder Einfluss auf ihre Einnahmeseite (Ausnahme: Zusatzprämie), noch auf rund 90 v.H. ihrer Ausgabenseite.

Die Ausgabenmenge können die Krankenkassen nur marginal beeinflussen. Es ist unverändert richtig, dass der Arzt als einziger Unternehmer in Deutschland im Einzelfall gleichzeitig über Nachfrage und Angebot entscheidet. Es gibt im bestehenden System nur wenige Leistungen, über deren Erbringung die Krankenkasse im Einzelfall selbst entscheiden kann. Der Masse der Leistungen liegt eine ärztliche Verordnung zugrunde, auf die die Kasse faktisch keinen Einfluss hat.

Auch auf die Höhe der Ausgaben haben die einzelnen Krankenkassen nach der zuvor beschriebenen Aufgabenstellung des neuen Spitzenverbandes und der Landesverbände künftig faktisch keinen unmittelbaren Einfluss mehr, da ihnen die Entscheidung über die Leistungsinhalte (Kollektivverträge auf Landesebene) und deren Vergütung (bundeseinheitliche Honorierung) insoweit entzogen wird.

Der Einfluss der Selbstverwaltung und der einzelnen Kassen auf die Ausgestaltung der Leistungsinhalte wird weitgehend reduziert. Mit Ausnahme des Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern stehen die übrigen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig hauptamtlich in den Diensten des Gemeinsamen Bundesausschusses. Damit sind sie *in ihrem Handeln weisungsunabhängig*. Es handelt sich offensichtlich um eine Art von den Kassen vorgeschlagene, unabhängige „Staatskommissare“, die von der Selbstverwaltung weder kontrolliert noch beeinflusst werden können. In diesem Zusammenhang künftig noch von Beschlüssen der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“ zu reden, ist abwegig.

Damit geht zweifelsohne ein wesentliches Element der Selbstverwaltung verloren. Man fragt sich, was eigentlich außer der Organisation und Aufsicht über die Leistungsverwaltung der einzelnen Kassen noch Aufgabe der in Sozialwahlen gewählten Selbstverwaltung bleibt. Alles deutet darauf hin, dass die gewählte Selbstverwaltung nicht mehr als tragendes Element des deutschen Sozialversicherungssystems gesehen wird.

Das Bundesversicherungsamt versucht ohnehin im Rahmen der bei den Sozialversicherungsträgern seit einigen Monaten angelaufenen Prüfung der Verwendung der Bundesmittel für die Selbstverwalterwahlen über diesen rechtlich fundierten engen Prüfauftrag hinaus – mit zweifelhafter rechtlicher Legitimation – das gesamte Handeln der Selbstverwaltung zu überprüfen.

Mit Blick darauf, dass die Selbstverwaltung kaum eine geeignete Organisationsform für privatisierte Krankenkassen darstellt, ist die Deregulierung der Selbstverwaltung schlüssig, wenn man mittelfristig die Privatisierung anstrebt. In dieses Konzept passen als weitere Mosaiksteine die vorgesehene Insolvenzfähigkeit, wie die Wiedereinführung der Prüfungen durch den Bundesrechnungshof. Letztere ist nämlich weder rechtlich noch inhaltlich zu begründen, weil die Prüfaufträge des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des Bundesrechnungshofes weitgehend übereinstimmen und der – gemessen am gesamten Ausgabevolumen – auch dauerhaft eher gering bleibende Anteil der Steuerfinanzierung mit Blick auf den Prüfauftrag des BVA eine Prüfung durch den Bundesrechnungshof nicht zwingend erfordert.

Die Höhe der Ausgaben wird im Übrigen maßgeblich durch die Risikostruktur der Kassen geprägt wird. Bisher bestand für die einzelne Kasse ein mehr oder weniger kleiner Gestaltungsspielraum insoweit, als über den Mitgliederwettbewerb sowohl hinsichtlich der Grund-

lohnsumme (Werbung einkommensstarker Versicherter in gesichert erscheinenden Beschäftigungsverhältnissen), als auch der Ausgabenrisiken (Risikoauslese) gezielt Akquisition betrieben werden konnte. Diese am Beitragssatz orientierte, als wesentliches Element des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen verstandene Möglichkeit entfällt künftig durch die Fondsfinanzierung auf der Basis eines staatlich definierten Einheitsbeitrags.

Z.B. bei der Hamburg Münchener Krankenkasse<sup>9</sup> beträgt der Verwaltungskostenanteil des Beitragssatzes in Höhe von derzeit 14,7 v.H. (einschließlich des gesetzlichen Zusatzbeitrages) ganze 0,87 v.H.<sup>10</sup>. Zieht man davon den ebenfalls nicht beeinflussbaren Aufwand der Pensionsleistungen an die früheren, beamtenähnlichen Dienstordnungs-Angestellten der Kasse mit 0,077 % ab, verbleibt ein Beitrag von exakt 13,83 v.H., der ausschließlich für das Leistungsgeschehen bei der Kasse verwandt wird.

Es kann kein Zweifel bestehen, dass die einzelne Kasse heute und in Zukunft faktisch nicht über Gestaltungsspielräume und von ihr unmittelbar beeinflussbare Kostenvolumina verfügt, die beitragsatzrelevant sind. Selbst wenn man in diesem Zusammenhang die Individualverträge ( DMP, IV-Verträge, Hausarztverträge usw.) mit einer hohen Relevanz versieht, dürfte es Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis diese bei den einzelnen Kassen eine Größenordnung mit Beitragssatz- und Wettbewerbsrelevanz erreicht haben. Dies umso mehr, als die geforderte Entwicklung flächendeckender integrierter Versorgungsangebote für größere Regionen auf der Basis der Anschubfinanzierung von 1 v.H. des Ausgabevolumens nicht erreichbar ist. Dies erfordert eine Budgetbereinigung und Umschichtung der effektiven Kosten der integrierten Regionalversorgung von der herkömmlichen Versorgung hin zu den Integrationsversorgern, die jedoch im Referentenentwurf nicht enthalten ist

Auf diesem Hintergrund zeugt die – meist mit einem negativen Zungenschlag – versehene Betonung der „Managementqualitäten“ der Kassen als Ursache für künftige negative Beitrags-/Prämienentwicklungen sowohl in den Begleitmaterialien<sup>11</sup> der Eckpunkte, wie auch den öffentlichen Stellungnahmen der Politik<sup>12</sup> von einer gefährlichen Realitätsferne. Ob eine Kasse Zusatzprämien benötigt, mit Basisfinanzierung und Zusatzprämien die Gesamtausgaben finanzieren kann oder nicht, hängt künftig noch weniger als heute mit der Management-qualität der Kassen, sondern noch unmittelbarer mit der Risikostruktur der Kasse zusammen.

Das Fondsmodell<sup>13</sup> soll das Management der Kassen zwingen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Nach de Maizière „verschwindet dann auch mal eine Krankenkasse vom Markt... es gibt doch Lösungen in einer Marktwirtschaft“. Eben, sie wird durch die neu eingeführte Insolvenzfähigkeit insolvent. Im Zweifel haften dann alle Mitglieder für den von der Politik durch ihre Gesetzgebung bei der Kasse verursachten Schuldenberg. Es ist schon bemerkenswert, wie die Politik bereits vor der Reform die Kassenmanager für die – offensichtlich auch von ihr abzusehenden – negativen Folgen ihrer Reform verantwortlich zu machen sucht. Wie jemand für etwas die Verantwortung tragen können soll, auf das er – abgesehen von wenigen Ausnahmen – so gut wie keinen Einfluss hat, wird sich selbst dem wohlmeinenden Betrachter nicht erschließen.

Wenn die GKV wirklich – mit einer langfristigen und nachhaltigen Existenzperspektive – marktwirtschaftlich ausgerichtet werden soll, setzt das Beeinflussbarkeit der Einnahmen und

<sup>9</sup> Der der Verfasser als Mitglied des Verwaltungsrates und Vorsitzender des Finanzausschusses angehört

<sup>10</sup> D.s. 5,89 v.H. der Gesamtausgaben der Kasse. Zum Vergleich Verwaltungskosten der PKV: etwa 14 v.H.

<sup>11</sup> z.B. Fragen und Antworten, S. 8; Wesentliches im Überblick, S. 4: „Diese Kasse arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere wiederum wären in der glänzenden Lage, ihren Mitgliedern sogar Beiträge zurückzuerstatten. Gute Arbeit zahlt sich für die Mitglieder der Kassen aus“

<sup>12</sup> Z.B. Kanzleramtsminister de Maizière, Handelsblatt vom 18.7.2006, Seite 3

<sup>13</sup> Fragen und Antworten zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006, Seite 8

Ausgaben, Entscheidungs- und Gestaltungsverantwortung für den überwiegenden Teil der Ausgaben in der Verantwortung der Kassen und ihrer Selbstverwaltung sowie vergleichbare Rahmenbedingungen im Haushalts- und Bewirtschaftungsrecht voraus. Der Referentenentwurf geht jedoch den entgegengesetzten Weg, der das GKV-System bereits kurzfristig weiter destabilisieren und damit mittelfristig die Voraussetzungen für den Systemwechsel zu ausschließlich privat organisierter Risikovorsorge schaffen wird.

## **Der Gesundheitsfonds – klar in der Sache**

Der Gesundheitsfonds ist von der politischen noch von der ökonomischen Notwendigkeit her alles andere als klar.

Durch den Gesundheitsfonds erhöhen sich weder die Einnahmen, noch verbessern sich dadurch die Ausgaben. D.h., die elementaren Strukturprobleme werden durch den Fonds nicht einmal berührt. Weder der Gesundheitsfonds noch die sonstigen Inhalte der Eckpunkte geben eine zukunftsweisende Antwort auf die Herausforderungen, denen das System der Gesundheitsversorgung und seiner Finanzierung heute und in Zukunft begegnen muss.<sup>14</sup>

Der von der Politik so herausgestellte Gesundheitsfonds ändert allerdings das gesamte Finanzierungsverfahren der GKV – und zwar in einer systemverändernden Dimension.

Die Krankenkassen haben künftig institutionell keinen eigenen unmittelbaren Zugang mehr zu ihren Finanzierungsquellen und auch keinen Einfluss mehr auf die Gestaltung ihrer Finanzierung. Damit gleichen die Krankenkassen halbtoten Mumien, denen man das Herz als Lebensquelle herausgenommen hat und deren Lebensdauer davon abhängt, dass der Tropf, der sie mit Lebenssaft versieht, zureichend gespeist und nicht irgendwann ganz abgeschnitten wird. Dies ist ein ziemlich einmaliger Vorgang, weil keine Organisation ohne eigene – auch institutionell – nachhaltig gesicherte Finanzierungsgrundlage auf Dauer lebensfähig ist. Diese Entwicklung stellt zudem einen eindeutigen Zielkonflikt mit der politischen Zielsetzung der Herstellung eines „fairen Wettbewerbs“ zwischen GKV und PKV dar. Während die PKV weiterhin ihre Einnahmeseite uneingeschränkt selbst gestaltet und im Übrigen auch über das Instrument der Mischkalkulation von Basis- und Zusatzleistungen verfügt, bleibt der GKV im Wettbewerb mit der PKV allein mit der Zusatzprämie ein sehr reduziertes Gestaltungsinstrument auf der Einnahmeseite. Vor allem kann sie keine Mischkalkulationen vornehmen. Diese Rahmenbedingungen stellen für die GKV im Verhältnis zur PKV ein massives Handicap dar, das einen „fairen Wettbewerb“ zwischen den Systemen weitgehend ausschließt.

Die Verantwortung für die Beitragsatzentwicklung tragen künftig nicht mehr die durch die Sozialwahlen dazu legitimierten Selbstverwalter, sondern die Bundesregierung. Diese lässt an Ihren Bekundungen keinen Zweifel daran, dass sie die Beiträge auf absehbare Zeit nicht anheben will<sup>15</sup>. Dies hat unzweifelhaft zur Folge, dass die Kassen Ermessensleistungen, die als Satzungsleistungen bezeichnet werden, wie z.B. medizinische Vorsorgeleistungen nur noch selektiv oder gar nicht mehr erbringen werden, um neben den Beiträgen keine Zusatzbeiträge erheben zu müssen<sup>16</sup>.

Durch das beabsichtigte Einfrieren der Beiträge wird die Fondsfinanzierung sehr schnell auf unter 95 v.H. der Ausgaben absinken. Aus der Begründung zum Regierungsentwurf und den Materialien zur Gesundheitsreform ist erkennbar, dass eine Anhebung der Beiträge nur bei unvorhersehbaren, außerordentlichen Bedarfen wie Pandemien und im Übrigen nur bei unvermeidbaren Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demogra-

<sup>14</sup> So auch die Stellungnahme der Mitglieder des Gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Sozialpolitik vom 4.7.2006

<sup>15</sup> vergl. Fußnote 9

<sup>16</sup> Dem Verfasser liegt die Kopie des Schreibens einer großen Ersatzkasse an einen Leistungserbringerverband vor, in dem es wörtlich heißt: „droht die Gefahr, dass durch die Einführung des Fonds eine Unterfinanzierung der GKV entsteht mit der Folge, dass die Kassen zur Vermeidung der Einführung eines Zusatzbeitrages zu Leistungskürzungen (z.B. Reha-Leistungen) gezwungen werden“. Die Kasse hat dabei allerdings – ebenso wie die Bundesregierung in den Eckpunkten – übersehen, dass nach § 11 Abs. 2 SGB V auf Reha-Leistungen ein Rechtsanspruch besteht, der nicht ohne weiteres gekürzt werden kann.



phische Entwicklung, nicht aber bei allgemeinen Kostensteigerungen z.B. als Folge der Vergütungsfestsetzung u.a. gewollt ist. Für die Zukunft zeichnet sich ein ständiges – auch rein politisch indiziertes Ringen – darüber ab, ob überhaupt eine Beitragssatzanhebung erforderlich ist und wenn ja, in welcher Höhe. Da kein gesetzlicher Zwang vorgesehen ist, die Beiträge z.B. immer dann anzuheben, wenn die Fondsfinanzierung unter 95. v.H. der Ausgaben absinkt, und die künftig zu erwartenden politischen Auseinandersetzungen befürchten lassen, dass die Mittelzufuhr nicht kontinuierlich mit der tatsächlichen Ausgabenentwicklung korrespondiert, wird die Finanzierung bei einigen – auch sehr großen Kassen - schon in absehbarer Zeit unter 95 v.H. absinken und sich die Finanzierung über die Zusatzprämie relativ schnell nicht mehr allein auf Ermessensleistungen beschränken können, sondern auch auf Pflichtleistungen erstrecken.

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform sollte die Krankenversicherung – neben Beitragseinzug und Leistungsvergütung – „neue“ Hauptaufgaben bekommen. Der Referentenentwurf beinhaltet jedoch keine „neuen Hauptaufgaben“. Im Gegenteil, den einzelnen Krankenkassen wird die gesamte Verantwortung für ihre Einnahmen genommen. Im Übrigen werden bisher noch für die einzelne Kasse vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Leistungsinhalte weitgehend bei den neuen Spitzenverbänden auf Bundesebene sowie den Landesverbänden der Krankenkassen angesiedelt. Die Einzelkasse degeneriert damit weitgehend zum Verwalter von Leistungsverfahren, der auf der Grundlage der vorgegebenen Leistungsinhalte im „Vertragswettbewerb“ versuchen muss, die ebenfalls vorgegebenen Vergütungen wieder zu reduzieren, damit die „Kasse im Wettbewerb bestehen kann“.

Sollten mit den neuen Hauptaufgaben die Wahl-(Rabatt-)tarife, Integrations- und Hausarztverträge gemeint sein, so sind Integrations- und Hausarztverträge nicht neu. Diese Instrumente werden in ihren Wirkungen im Übrigen völlig überschätzt. Bisher konnten alle einzelvertraglichen Aktivitäten (Hausarztverträge, DMP-Projekte und IV-Verträge) der Kassen den Nachweis einer signifikanten, d.h., beitragswirksamen, Kostensenkung nicht erbringen. Die Erwartung, die Kassen könnten durch die Nutzung dieser wettbewerblichen Instrumente soviel sparen, dass sie auf die Erhebung von Zusatzprämien verzichten könnten, dürfte sich schon bald als Illusion erweisen<sup>17</sup>.

Die Rabattverträge sind im Übrigen für ein System, das Solidarität zwischen unterschiedlichen Betroffenen bzw. Leistungsfähigkeiten bewirken und Risiken bzw. Lasten ausgleichen soll, völlig systemwidrig. Es handelt sich um für die Privatversicherung, d.h. innerhalb von Risikogemeinschaften, typische Elemente. Sie wirken – wie auch die Ausschüttungen bestimmter Kassen bei zu hohen Zuweisungen aus dem Fonds - wie ein „Loch im Eimer“ der Solidargemeinschaft. Während in Teilbereichen des Solidarsystems das Geld für die unbestreitbar erforderlichen Leistungen nicht ausreicht und Zusatzbeiträge von den ohnehin wegen ihrer Krankheit schon mehr belasteten Menschen geschöpft werden müssen, werden in anderen Bereichen des Systems nicht benötigte Mittel aus dem System herausgesteuert und damit dem Solidarausgleich entzogen. So ist das Wohlergehen der Menschen solidarisch nicht zu sichern!

Damit entwickelt sich ganz zwangsläufig in der GKV eine Finanzierungs- und Leistungsstruktur, die dem System der PKV mit Basis- und Zusatzversicherungen entspricht. Bezieht man in diese Betrachtung das Faktum ein, dass die PKV künftig einen Basisstarif anzubieten hat, dessen Leistungsumfang dem der GKV-Leistungen entspricht, so erschließt sich selbst dem unbedarftesten Leser das künftige Interesse der PKV, zur Entwicklung von Zusatzversicherungspotentialen politisch Einfluss auf die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV im Sinne einer systematischen Reduzierung der Basisleistungen zu nehmen.

Damit ist nicht zu bestreiten, dass der Fonds mehr ist, als eine Neugestaltung des Beitrags-einzugsverfahrens. Er enthält Elemente des Systemwechsels, der dann in einer künftigen Legislaturperiode nur noch zu vollenden ist.

<sup>17</sup> So auch Dr. Robert Paquet, BKK Bundesverband, in DER GELBE DIENST, Nr. 14/2006, vom 21.7.2006, Seite 4

Der Gesundheitsfonds soll erst ab 2009 wirksam werden. Dies wird von Teilen der Öffentlichkeit dahingehend interpretiert, dass er möglicherweise dann unmittelbar vor der nächsten Bundestagswahl doch nicht komme. Dabei wird jedoch übersehen, dass bis dahin die Kraft des Faktischen wirkt. Die Kassen sind nämlich verpflichtet, ab Inkrafttreten des GKV-WSG die administrativen Voraussetzungen für die Einführung zu schaffen, was mit einem hohen Mitteleinsatz für den Aufbau der Organisationsstrukturen und die Gestaltung der notwendigen DV-Software verbunden ist. Allein das AOK-System hat in den letzten Jahren für die Modernisierung der vorhandenen Software für den Beitragseinzug und die für 2011 vorgesehene Umstellung auf ein SAP-Standardprodukt schon 250 Mio. € investiert<sup>18</sup>. Ähnliche Aufwendungen kommen nunmehr auf das gesamte System zu. Die Spitzenverbände der Krankenkassen kalkulieren, dass die Umstellungskosten die Arbeitgeber und Mitglieder dauerhaft mit 1,2 Mrd. € laufende Kosten sowie 0,8 Mrd. € Anschubkosten (Behörden- und DV-Aufbau) belasten werden.<sup>19</sup> Dieser Mitteleinsatz schafft nicht mehr zurücknehmbare Fakten.

### **Versorgung alter Menschen: Eigenständigkeit solange es geht**

Der Politik ist es offensichtlich wichtig, den Eindruck zu vermitteln, dass die Gesundheitsreform nicht auch umfangreiche Verbesserungen für die Versorgung zumindest einer großen Bevölkerungsgruppe enthält, die tatsächlich erheblich unter- und fehlversorgt ist: ältere, pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen. Ursachen für diese Defizite ist u.a. einerseits die geriatrische Kompetenz niedergelassener Ärzte, andererseits die Tatsache, dass Versorgung dieser Zielgruppe mit einem erheblichen zusätzlichen Aufwand für Besuche u.a. verbunden ist, der aus der Sicht der Ärzte nicht angemessen vergütet ist.

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe könnte ohne großen Aufwand dadurch erreicht werden, dass die Krankenhäuser mit ihrer flächendeckend vorhandenen geriatrischen Kompetenz die Versorgung der – ambulant wie stationär – gepflegten Menschen übernehmen. Damit würden zugleich auch die vielen Wochenend- und Fehleinweisungen pflegebedürftiger Menschen in das Krankenhaus erledigt. Zur Erhöhung der geriatrischen Kompetenz sollte zudem in § 92 SGB V eine Richtlinie über die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen aufgenommen werden.

Derart wirksame Absichten zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen enthalten die Eckpunkte leider nicht. Stattdessen sind in den Eckpunkten z.T. Regelungsabsichten für Sachverhalte enthalten, für die gar kein Regelungsbedarf besteht, weil sie schon geregelt sind.

Die vorgesehene Einbeziehung von Leistungen der Pflegeversicherung in **die integrierte Versorgung** ist auch ohne gesetzliche Regelungen heute bereits möglich. Keine Krankenkasse ist daran gehindert, einen Integrationsvertrag nach §§ 140a ff SGB V einzugehen und parallel durch ihre Pflegekasse in einem Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI Inhalt und Umfang der auf den Integrationsvertrag abgestellten ergänzenden pflegerischen Leistungen sicherzustellen.

Die in den Eckpunkten enthaltene Begründung für die vorgesehene Verbesserung des **Entlassungsmanagements** erfasst die Ursache für die weit überwiegende Zahl der Problemfälle nicht. Die besteht nämlich darin, dass die Krankenhauspflegebedürftigkeit und damit die weitere Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes mit der Feststellung des Krankenhausarztes endet, das der Patient pflegebedürftig ist. Da diese Feststellung aber nur für die Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes, nicht aber für die anschließende pflegerische Versorgung wirkt, entsteht eine Finanzierungslücke, bis es der MDK dafür eine Einstufung nach § 18 SGB XI vorgenommen hat. In Ermangelung einer gesicherten Finanzierung wei-

<sup>18</sup> It. Handelsblatt

<sup>19</sup> Positionspapier der Spitzenverbände vom 20.7.2006

gern sich viele Pflegeeinrichtungen und –dienste die pflegebedürftigen Menschen nahtlos aus dem Krankenhaus aufzunehmen bzw. ambulant zu versorgen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Feststellung des Krankenhausarztes, dass es sich um einen Pflegefall handelt, einerseits die weit reichende Folge des Wegfalls der weiteren Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes hat, aber andererseits keine vorübergehende, tragfähige Grundlage für eine Einstufung im Sinne SGB XI haben können soll.

Es empfiehlt sich deshalb eine Regelung in §§ 15 bzw. 18 SGB XI, dass die zum Wegfall der Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes führende Feststellung des Krankenhausarztes kraft Gesetzes bis zur Begutachtung und Einstufung durch den MDK eine vorübergehende Einstufung in die Pflegestufe I des SGB XI bewirkt, die nach der Begutachtung durch die MDK-Einstufung abgelöst wird.

Einerseits soll in den Leistungskatalog der GKV als zusätzliche Leistung die **geriatrische Rehabilitation** aufgenommen werden<sup>20</sup>. Andererseits soll dieser danach bisher eigentlich nicht vorhandene Leistungsanspruch von einem Ermessens- in einen Pflichtleistungsanspruch umgewandelt werden<sup>21</sup>. Gleiches gilt für **Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation**<sup>22</sup>. Es kann nur als peinlich empfunden werden – kennzeichnet aber die gesamte politische Situation –, dass auf höchster politischer Ebene Regelungsabsichten mit Reformcharakter zu Sachverhalten beschlossen werden, die bereits seit fünf Jahren gesetzlich geregelt sind. Seit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) am 1.7.2001 beginnt § 10 Abs. 2 SGB V mit den Worten „Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation...“. Danach besteht sowohl für geriatrische Rehabilitationsleistungen wie auch für die Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation ein Rechtsanspruch, sodass dafür kein Regelungsbedarf mehr besteht.

Die beabsichtigte besondere Hervorhebung der Rechtsansprüche nach §§ 23, 24, 40a und 41 SGBV im Verhältnis zu dem umfassenden Rechtsanspruch nach § 11 Abs. 2 SGB V verpflichtet die Krankenkassen, künftig die im Budget für Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 8 SGB V verfügbaren Mittel vorrangig für die hervorgehobenen Leistungen einzusetzen, während die übrigen Rechtsansprüche auf Rehabilitationsleistungen und die übrigen Vorsorgeleistungen dahinter zurücktreten müssen.

Im Ergebnis kann das dazu führen, dass Mittel vorrangig für Vorsorgeleistungen in Vater-Mutter-Kind-Einrichtungen ausgegeben werden müssen, während für erwachsene Menschen oder für Kinder und Jugendliche mit fortgeschrittenen chronischen Krankheiten und bereits eingetretener erheblicher Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Budgets nicht mehr genügend Mittel vorhanden sind.

Deshalb kann auch unter Gleichbehandlungsgrundsätzen nicht hingegenommen werden, dass Menschen mit gleichwertigen Ursachen und Ausprägungen ihrer gesundheitlichen und Teilhabebeeinträchtigung ungleich behandelt werden. Während der betagte Mensch mit einer als Folge seiner Krankheit eingetretener Pflegebedürftigkeit einen herausgehobenen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation eingeräumt erhält, wird der bisher umfassende Rechtsanspruch auf Rehabilitation für den gleichaltrigen Menschen mit einer völlig gleichwertigen Teilhabebeeinträchtigung, bei dem jedoch Pflegebedürftigkeit noch durch indikations-spezifische Rehabilitationsleistungen verhindert werden kann, zu einem Rechtsanspruch minderer Art, oder – so die Diktion des Referentenentwurfs – gar wieder zu einem Ermessensanspruch herabgemindert.

Ökonomisch und rechtlich sind das Ziel der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitation und die mit der geriatrischen Rehabilitation angestrebten Ziele mindestens gleichwertig und gleichrangig.

Dass in der Praxis faktisch keine Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt werden, liegt nicht an fehlenden Anspruchgrundlagen, sondern daran, dass die Kranken- und Pflegekassen ihren Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX nicht umgesetzt

<sup>20</sup> Eckpunkte, Ziffer 13, S. 14

<sup>21</sup> Eckpunkte, Anlage 11, Ziffer 1, S. 49

<sup>22</sup> Eckpunkte, Ziffer 13, S. 14

und die Entwicklung dieser Strukturen vorangetrieben haben<sup>23</sup>. In diesem Bereich sind nicht fehlende gesetzliche Grundlagen, sondern der Mangel an Umsetzung vorhandener Vorschriften das Problem.

---

<sup>23</sup> Näheres dazu vergl. Stellungnahme des Verfassers zu den das Rehabilitations- und Teilhaberecht berührenden Regelungen des Referentenentwurfs unter [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)