

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

von Harry Fuchs, Düsseldorf

Die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 enthalten im Vergleich zu dem vor zwei Jahren beschlossenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz keine wesentlich neuen Elemente zur Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens bzw. zu dessen Neuordnung. Sie knüpfen im Gegenteil – insbesondere im alles entscheidenden Bereich der Versorgung und der Versorgungsstrukturen – weitgehend an das Gesundheitsmodernisierungsgesetz an, ohne ihn wirklich signifikant weiterzuentwickeln. Völlig unverständlich ist, dass die Eckpunkte für Teilbereiche der medizinischen Rehabilitation sogar Regelungsabsichten für Sachverhalte enthalten, die bereits seit fünf Jahren durch das Neunte Sozialgesetzbuch geregelt sind.

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 (LINKSPARTEI).

Bewertet man die vorliegenden Eckpunkte auf dem Hintergrund dieser zT weit auseinander liegenden bis völlig gegensätzlichen politischen Zielvorstellungen, so beinhalten die Eckpunkte sehr wohl Elemente, an denen gemessen werden kann, inwieweit die in der Koalition vertretenen Parteien den Boden für die Durchsetzung ihrer Zielvorstellungen bereiten konnten. Dabei zeigt sich, dass die in den Medien weit verbreitete Ansicht, die Eckpunkte enthielten keine reformorientierten – sprich systemverändernden – Ansätze so nicht zutrifft. Dies spricht für die Qualität der – auch schon in den Niederlanden eingesetzten – Vermittlungsstrategie.

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 systemrelevante Veränderung des Transfersystems auf der Einnahmeseite und der Organisationsstrukturen der Kassen. Gerade das sind jedoch mit der sogen. Fondslösung und der beabsichtigten Reform der Spitzenverbandsorganisation die tragenden Elemente der Eckpunkte.

Damit wird zwar nicht das Gesundheitswesen, wohl aber das solidarische System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) systemrelevant neu geordnet, in einer Weise, die über eine Reform im bestehenden System weit hinausgeht und einem Systemwechsel gleichkommt.

Für die Zielsetzung, das Solidarsystem auf eine Basissicherung zurückzufahren und durch weitgehende Eigenvorsorge abzulösen, ist es konsequent, die Gesundheitsreform 2006 zu nutzen, die bestehenden Strukturen der GKV weitgehend zu deregulieren – mindestens aber zu destabilisieren -, um dann in einer künftigen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages – vergleichbar der Entwicklung in den Niederlanden - auch den rechts-förmlichen Wechsel aus dem System des öffentlichen Rechts in das des privaten Rechts, d.h., die Privatisierung der GKV, vollziehen zu können. Auf diesem Hintergrund verstellt die in den Medien über Wochen stereotyp beschworene Gefährdung der PKV im Sinne psychologisch geschickter Desinformation lediglich den Blick auf die beabsichtigte Entwicklung zur Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, mindestens jedoch die Deregulierung zu einem Basissystem im Sinne der Grundsicherung im Bereich der Krankenversorgung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 erkennbar keine Maßstäbe für eine zukunftsweisende, nachhaltige und wirksame Gesundheitsreform beinhalten. Sie dokumentieren lediglich die „Geländegewinne“, die die Koalitionsparteien im Sinne ihrer jeweils eigenen, 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“, was Ulla Schmidt im Gespräch mit den Krankenkassen am 2.8.06 als ihre Zielsetzung bekundete.

Dabei ist es nicht einmal bemerkenswert, dass CDU/CSU dafür sogar Elemente der Zentralisierung von Verantwortung und Entscheidung sowie Organisationsstrukturen in Kauf nimmt, die nicht nur wettbewerbsfeindlich sind, sondern sogar staatsmonopolistische Züge tragen. Kann 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 künftig ursächlich dafür 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 der Beitrag nachfolgend mit den Argumentationsmustern der Gesundheitsreform 2006 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 mit der Gesundheitsreform 2006 „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.

Die Selbsteinschätzung, dass sich die Bundesregierung als „Suchender auf dem Weg“ sieht, ist zu unterstreichen. Mit den vorgelegten Eckpunkten ist sie jedenfalls nicht fündig geworden.

Sie enthalten nämlich keine Elemente, die künftig bedarfsorientiert gewährleisten, dass 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 u.ä. zu beschreiben. Auch können die beabsichtigten pauschalierenden Verfahren der Leistungskomplexvergütung keineswegs tatsächlich „bezahlbare Preise“ garantieren. Die Kassenärzte versprechen sich jedenfalls von den – wesentlich nach ihren Vorstellungen gestalteten – künftigen Vergütungsregelungen Mehreinnahme in Höhe von rund 5 Mrd. € ab 2009, was eine Beitragssatzanhebung von 0,5 v.H. bewirken könnte<sup>2</sup>.

Auch enthalten die Eckpunkte keine Aussage dazu, was denn – neben Beitragseinzug und Leistungsvergütung – künftig die „neuen“ Hauptaufgaben der Krankenversicherung sein sollen. Die einzelne Krankenkasse erhält nämlich durch die Eckpunkte keine „neuen Hauptaufgaben“ zugewiesen. Im Gegenteil, der Beitragseinzug entfällt völlig. Bisher noch für die einzelne Kasse vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich der Leistungen werden

<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

weitgehend bei den neuen (zusätzlichen?!) Spitzenverbänden auf Bundes- und Landesebene angesiedelt. Die Einzelkasse degeneriert damit weitgehend zum Verwalter von Leistungsverfahren.

Sollten mit den neuen Hauptaufgaben die Integrations- und Hausarztverträge sowie Rabatttarife 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, strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke-DMP- und Integrations-Verträge) der Kassen den Nachweis einer 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>3</sup>.

Die Rabattverträge sind im Übrigen für ein System, das Solidarität zwischen unterschiedlichen Betroffenen bzw. Leistungsfähigkeiten bewirken soll, völlig systemwidrig. Es handelt sich um für die Privatversicherung, d.h. innerhalb von Risikogemeinschaften, typische Elemente, die – wie auch die Möglichkeit bestimmter Kassen, bei zu hohen Zuweisungen aus dem Fonds Teile davon an die Versicherten ausschütten zu können – wie ein „Loch im Eimer“ der Solidargemeinschaft wirken. Während in Teilbereichen des Solidarsystems das Geld für die nachgewiesener Maßen erforderlichen Leistungen nicht ausreicht und zusätzliche Beiträge/Prämien 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!

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

In Amerika ist die medizinische Versorgung von Menschen, die sich eine Versicherung nicht leisten können, durch das 1965 eingeführte Programm *Medicaid* gesichert. Demgegenüber haben in Deutschland – nach Auffassung der Bundesregierung – 200.000 Menschen, nach anderen Quellen bis zu 500.000 Menschen überhaupt keinen Versicherungsschutz gegen Krankheit.

Mit der „neuen Gesundheitsversicherung“ wird – so die Bundesregierung – „jeder und jede versichert sein und gute Leistungen erhalten“. Tatsächlich ist jedoch nur vorgesehen, dass die aus einem System der Krankenversicherung (GKV oder PKV) herausgefallenen Menschen wieder einen Zugang zum System erhalten. Damit sind sie aber noch nicht versichert. Offensichtlich wird übersehen, dass die Mehrzahl der Betroffenen (häufig Selbständige und Mittelständler) deswegen aus dem Sicherungssystem herausgefallen sind, weil sie die Prämien oder Beiträge nicht mehr aufbringen konnten. Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) konnte der Sozialhilfeträger in diesen Fällen – auch wenn noch keine Hilfe zum Lebensunterhalt erforderlich war – als Basissicherungssystem einspringen und im Rahmen der Hilfen in besonderen Lebenslagen die Beiträge übernehmen, um den Versicherungsschutz zu erhalten. Diese Regelungen sind durch das GMG mit der Folge abgeschafft worden, dass die Betroffenen – anders als in Amerika – nunmehr ohne jeden Krankenversicherungsschutz bleiben. Da die übergroße Mehrzahl der Betroffenen auch weiterhin nicht über die Mittel zur Prämien- oder Beitragszahlung verfügt und das Sozialhilferecht nicht entsprechend geändert werden soll, ändert sich daran auch durch die Gesundheitsreform 2006 nichts.

Daneben können bereits mehrere Millionen arme Menschen 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. Da die Sozialhilfeträger seit Inkrafttreten des GMG keine über die Leistungen der GKV hinausgehenden Leistungen, d.h., auch erforderliche Zuzahlungen, nicht mehr bezahlen dürfen, können sich diese Menschen die mit zT erheblichen Zuzahlun-

<sup>3</sup> So auch Dr. Robert Paquet, BKK Bundesverband, in DER GELBE DIENST, Nr. 14/2006, vom 21.7.2006, Seite 4

gen versehen oder bereits aus der Versorgung ausgegrenzten Leistungen nicht erlauben und bleiben unversorgt. Davon, dass „jeder und jede versichert sein und gute Leistungen erhalten“ wird, kann deshalb auch nach der Gesundheitsreform 2006 nicht die Rede sein.

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.<sup>4</sup>(DVfR) hat gerade zu verschiedenen Regelungsabsichten im Bereich der Sozialhilfe darauf hingewiesen, dass insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen ( z.B. 10 bis 15 % aller Bewohner in Behinderteneinrichtungen usw.) betroffen sind, die den Mehrbelastungen aus Zuzahlung und Leistungsausgrenzung nicht gewachsen sind und die notwendigen Gesundheitsleistungen nicht mehr in Anspruch nehmen können, obwohl sie versichert sind und ihnen die Leistungen zustehen. Die DVfR fordert deshalb zu Recht eine Regelung, dass in diesen Fällen medizinisch notwendiger Leistungen wieder der Sozialhilfeträger die von den Krankenkassen nicht getragenen Kosten ohne Darlehensregelung übernimmt.

### **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, wenn dies der Wettbewerbsrahmen zulässt. 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 z.B. 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 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 entschädigungslose Verstaatlichung der Privatversicherungseigner das Grundgesetz entgegenstünde und ihre Annäherung an öffentlich-rechtliche Vorgaben politisch wenig wahrscheinlich ist, 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 befasst sich mit verfassungsrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Begründung bzw. dem Erhalt dieser Solidargemeinschaft. Es bestehen erheblich Zweifel, ob die weitgehende Gestaltungsfreiheit auch die Ablösung des bestehenden Solidarsystems durch ein System der Risikogemeinschaft beinhaltet, auch wenn sich dem Grundgesetz eine Garantie des bestehenden Sozialversicherungssystems oder seiner tragenden Organisationsprinzipien

---

<sup>4</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

nicht entnehmen lässt. Doch stand bislang nur eine alternative Organisation sozialstaatlicher Vorsorge zur Debatte, nicht ihre Privatisierung

### **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 nicht mehrstufige, Entscheidungshierarchien erreicht worden und überflüssige Verfahrensabläufe beseitigt worden sind.

Durch den Aufbau der künftigen Fondsverwaltung mit regionalen Organisationseinheiten, des neuen Spitzenverbandes auf Bundesebene sowie der 16 Spitzenorganisationen auf Landesebene entstehen zusätzliche – und nicht weniger – Organisationseinheiten. Die Eckpunkte sprechen davon, dass der neue Spitzenverband auf Bundesebene die Verbindlichkeit der Entscheidungen für die Krankenkassen und deren Verbände gewährleisten soll. Den Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden<sup>5</sup>. Danach würde der neue Spitzenverband *zusätzlich* zu den vorhandenen Spitzenverbänden geschaffen, wäre also zweifelsfrei ein Mehr an Organisation.

Andererseits heißt es in den Begleitmaterialien<sup>6</sup> zu den Eckpunkten wörtlich: „Auf der Bundesebene wird es zukünftig nur noch einen statt sieben Spitzenverbände“ geben<sup>7</sup>. Einige in den Medien referierte Äußerungen von beteiligten Politikern<sup>8</sup> deuten auch auf ein Ersetzen der bisherigen Spitzenverbände durch die neue „Regulierungsbehörde“ hin. Die Eckpunkte und die sie begleitenden Materialien sind jedenfalls in diesem Kernbereich der Reform nicht nur widersprüchlich, sondern völlig gegensätzlich. Es darf deshalb auch niemand überrascht sein, wenn die durch Wahlen legitimierten Selbstverwalter diesen Gegensatz mit der gebotenen Nachhaltigkeit öffentlich machen und thematisieren.

Blickt man auf die zugeordneten Aufgaben der künftigen „Deutschen Krankenversicherung Bund“<sup>9</sup> (u.a. Rahmenvertrag für Vergütung, Mindeststandards für Leistungsqualitäten, Festbetragsfestsetzungen) und der vergleichbaren neuen Spitzenverbänden auf Landesebene (kollektive Vertragsbeziehungen mit Ärzten und Krankenhäusern mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen, Vereinbarung des auf Landesebene verfügbaren Finanzvolumens, Abweichungen von den bundesweiten Richtpreisen), so kann kein Zweifel mehr daran bestehen, dass im Verhältnis zu den bisherigen Strukturen eine *zusätzliche* Verantwortungsebene aufgebaut wird.

Das System wird damit alles andere als unbürokratischer, einfacher und durchschaubarer. Aus organisationswissenschaftlicher Sicht kann deshalb von Entbürokratisierung nicht ernsthaft gesprochen werden.

---

<sup>5</sup> Eckpunkte, Seiten 17, 18

<sup>6</sup> Die neue Gesundheitsversicherung – das Herz der sozialen Sicherung – Wesentlicher Überblick, Seite 5

<sup>7</sup> Im Gegensatz dazu geht die Mitgliederversammlung des VdAK in ihrer Sitzung am 5.7.06 davon aus, dass die zu erwartende Entwicklung einen starken Verband – besonders unter einem etwaigen Dachverband – (auch) in Zukunft notwendig machen (TOP 10 der Niederschrift)

<sup>8</sup> Ulla Schmidt, Gastkommentar im Handelsblatt vom 7.8.2006

<sup>9</sup> Denkbare Bezeichnung des neuen Spitzenverbandes im Kontext der Bezeichnung des Spitzenverbandes der Rentenversicherungsträger nach der Organisationsreform der Rentenversicherung

## 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 über 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 der neuen Spitzenverbände auf Bundes- und Landesebene künftig keinen unmittelbaren Einfluss mehr, da die Entscheidung über die Leistungsinhalte (Kollektivverträge auf Landesebene) und deren Vergütung (Bundeseinheitliche Honorierung) in die Verantwortung der neuen Spitzenverbände gestellt wird.

Die einzelnen Kassen werden nicht einmal mehr Einfluss auf das Handeln der sie angeblich repräsentierenden Vertreter in den Entscheidungsgremien des künftigen Gemeinsamen Bundesausschusses haben, da diese Vertreter durch die Bundesregierung künftig als Hauptamtliche berufen werden und *in ihrem Handeln weisungsunabhängig* sein sollen. Es handelt sich offensichtlich um eine Art von den Kassen vorgeschlagene, unabhängige „Staatskommissare“ mit einer signifikanten Abhängigkeit zur Bundesregierung, weil derjenige, der beruft, üblicherweise auch abberufen kann.

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. Dies passt in eine Entwicklung, die die Selbstverwaltung an sich in Frage stellt, zumal selbstverwaltete Krankenkassen kaum die geeignete Organisationsform für privatisierte Krankenkassen sein dürften.

Da die Höhe der Ausgaben im Übrigen maßgeblich durch die Risikostruktur der Kassen geprägt wird, bestand bisher für die einzelne Kasse ein mehr oder weniger kleiner Gestaltungsspielraum insoweit, als über den Mitgliederwettbewerb sowohl hinsichtlich der Grundlohnsomme (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.

Bleiben als durch das Management der Kassen unmittelbar beeinflussbare Kostengröße die Verwaltungskosten, einschl. der Personalkosten. Z.B. bei der Hamburg-Münchener-Krankenkasse<sup>10</sup> beträgt der der Verwaltungskostenanteil des Beitragssatzes in Höhe von derzeit 14,7 v.H. ganze 0,87 v.H.<sup>11</sup>. Zieht man davon den ebenfalls nicht beeinflussbaren Aufwand der

<sup>10</sup> Der der Verfasser als Mitglied des Verwaltungsrates und Vorsitzender des Finanzausschusses angehört

<sup>11</sup> D.s. 5,89 v.H. der Gesamtausgaben der Kasse. Zum Vergleich Verwaltungskosten der PKV: etwa

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, Integrations-Verträge, Hausarztverträge usw.) mit einer hohen Relevanz versieht, dürfte es – unabhängig von deren nicht belegter ökonomischer Wirksamkeit – Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis diese bei den einzelnen Kassen eine Größenordnung mit Beitragssatz- und damit auch mit Wettbewerbsrelevanz erreicht haben. Dies umso mehr, als die geplante Entwicklung flächendeckender integrierter Versorgungsangebote für größere Regionen statt der vorgesehenen Verlängerung der Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versorgung eine Budgetbereinigung und Umschichtung der effektiven Kosten der integrierten Regionalversorgung von der herkömmlichen Versorgung hin zu den Integrationsversorgern erfordern würde, die jedoch in den Eckpunkten nicht enthalten ist. Mit den auf 1 v.H. des Ausgabevolumens begrenzten Möglichkeiten der derzeitigen Anschubfinanzierung ist die Entwicklung von Integrationsverträgen mit flächendeckenden Versorgungsinhalten faktisch ausgeschlossen.

Auf diesem Hintergrund zeugt die – meist mit einem negativen Zungenschlag – versehene Betonung der „Managementqualitäten“ der Kassen als Ursache für die künftigen negativen Beitrags-/Prämienentwicklungen sowohl in den Begleitmaterialien<sup>12</sup> der Eckpunkte, wie auch den öffentlichen Stellungnahmen der Politik<sup>13</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 etwas mit der Managementqualität der Kassen, sondern noch unmittelbarer mit der Risikostruktur der Kassen zusammen.

Nach den Begleitmaterialien<sup>14</sup> soll das Fondsmodell 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“. Es ist schon bemerkenswert, wie die Politik bereits vor der Reform die Kassenmanager für die – offensichtlich auch von der Politik 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 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.

Die Eckpunkte gehen jedoch exakt 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**

---

14 v.H.

<sup>12</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>13</sup> Z.B. Kanzleramtsminister de Maizière, Handelsblatt vom 18.7.2006, Seite 3

<sup>14</sup> Fragen und Antworten zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2006, Seite 8

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

Durch die Gesundheitsreform 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>15</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. Sie kann vor allem auch in Zukunft keine Mischkalkulationen zwischen ihren verschiedenen Leistungsvolumina vornehmen. Diese Rahmenbedingungen stellen für die GKV im Verhältnis zur PKV ein massives Handicap dar, dass 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 auch keinen Zweifel daran, dass sie die Beiträge auf absehbare Zeit nicht anheben wird. Dies hat unzweifelhaft zur Folge, dass die Kassen Ermessensleistungen wie z.B. medizinische Vorsorgeleistungen nur noch selektiv oder gar nicht mehr erbringen werden, um neben den an den Fond zu entrichtenden Beiträgen keine Zusatzprämie 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. Da aus den Eckpunkten eine Anhebung der Beiträge an den Fond nur bei unvermeidbaren Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung, nicht aber bei allgemeinen Kostensteigerungen z.B. als Folge der Vergütungsfestsetzung u.a. zu ersehen ist, zeichnet sich für die Zukunft ein ständiges – auch politisch indiziertes Ringen – darüber ab, ob überhaupt eine Beitragsatzanhebung erforderlich ist und wenn ja, in welcher Höhe.

Da kein gesetzlicher Zwang vorgesehen ist, die Beiträge 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

<sup>15</sup> So auch die Stellungnahme der Mitglieder des Gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik vom 4.7.2006

<sup>16</sup> Dem Verfasser liegt die Kopie des Schreibens einer 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.

Finanzierung über die Zusatzprämie relativ schnell nicht mehr allein auf Ermessensleistungen beschränken können, sondern auch auf Pflichtleistungen erstrecken.

Die in den Materialien zu den Eckpunkten enthaltene Zusage<sup>17</sup>, dass der medizinische notwendige Leistungskatalog für alle Kassen gleich bleibt, entspricht nicht den nach den künftigen Rahmenbedingungen zu erwartenden konkreten Bedingungen. Im Übrigen steht diese Zusage auch in unmittelbarem Gegensatz zu den Eckpunkten selbst. Nur "im Zusammenhang" mit der für die Jahre 2008 und 2009 vorgesehenen Steuerfinanzierung, wird dort ausgeschlossen, „Kürzungen im Leistungskatalog der sozialen Sicherungssysteme vorzunehmen“<sup>18</sup>. D.h., mit der Sicherstellung der Finanzierung der Steuerfinanzierung in der folgenden Legislaturperiode ist für die Jahre ab 2010 alles offen. Leistungsausgrenzungen sind dann nicht mehr ausgeschlossen.

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 Basistarif 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 Beitragseinzugsverfahrens. Er enthält Elemente des Systemwechsels, der dann in einer künftigen Legislaturperiode nur noch zu vollenden ist.

Im Übrigen bildet der Entbürokratisierungs- und Rationalisierungseffekt, den die Arbeitgeber dadurch erzielen, dass sie künftig nur noch einen Einheitsbeitrag an eine Stelle abführen brauchen, sowohl in den Begleitmaterialien, wie auch in den öffentlichen Äußerungen der Bundesregierung das tragende Begründungselement für die Einführung des Fonds.

Der Bundesregierung war bei der Beschlussfassung über die Eckpunkte jedoch offensichtlich nicht bewusst, mit welchem erheblichen Kostenaufwand die Umstellung des heutigen Beitragseinzugs auf den Transfer über den Fonds, insbesondere auch für DV-Technologien verbunden sein wird. Zumal die vorhandene - in der Regel kassenarten - oder kassenspezifischen - Software kaum auf eine andere Organisationsform und schon gar nicht in einem vertretbaren Zeitraum übertragbar ist<sup>19</sup>. 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>20</sup>

Selbst wenn man – wie bereits vor Monaten zu hören war – die gesetzliche Rentenversicherung mit der Verwaltung des Fonds beauftragt, weil dann wegen ihrer regionalen Gliederung zumindest keine neuen Behördenstrukturen für die Fondsverwaltung errichten müsste, bleibt das Problem der Administration des Beitragseinzugs zwischen Arbeitgeber und Fonds offen. Bleibt es bei den nach den ersten Demonstrationen von ver.di und den Kassenmitarbeitern zu hörenden, beschwichtigenden Äußerungen von Ulla Schmidt<sup>21</sup>, dass die Mitarbeiter der Kassen - wenn auch unter einem anderen Dach – in den Kassen weiterhin den Beitragseinzug vollziehen können, haben die Arbeitgeber es allerdings unverändert mit über 250 Kassen zu tun. Der offensichtlich für die CDU/CSU im Verhältnis zur Wirtschaft so wichtige Rationalisierungseffekt bei den Arbeitgebern reduziert sich dadurch deutlich.

---

<sup>17</sup> Begleitpapier „Die neue Gesundheitsversicherung...“, Seite 4

<sup>18</sup> Eckpunkte, Ziffer 15, Buchst. e), Seite 22

<sup>19</sup> Allein das AOK-System müsste Investitionen in Höhe von 250 Mio. € für die für 2011 vorgesehen Umstellung auf ein SAP-Standardprodukt abschreiben ( lt.Handelsblatt), was zugleich ein Gefühl für die für eine Umstellung erforderliche Zeitschiene gibt.

<sup>20</sup> Positionspapier der Spitzenverbände vom 20.7.2006

<sup>21</sup> U.a. Gastkommentar im Handelsblatt vom 7.8.06

## Versorgung alter Menschen: Eigenständigkeit solange es geht

Der Politik ist es offensichtlich wichtig, den Eindruck zu vermitteln, als enthielte die Gesundheitsreform umfangreiche Verbesserungen für die Versorgung zumindest einer großen Bevölkerungsgruppe, 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 die Verpflichtung zur Verabschiedung einer 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 zT Regelungsabsichten für Sachverhalte enthalten, für die wegen schon vorhandener Regelungen gar kein Regelungsbedarf besteht.

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 Art, 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, dass es sich nunmehr um einen Pflegefall handelt, endet, aber die Grundlage für die Finanzierung der nachfolgenden Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung wegen der ausstehenden Begutachtung und Einstufung durch den MDK nach § 18 SGB XI noch fehlt. In Ermanglung einer gesicherten Finanzierung weigern sich viele Pflegeeinrichtungen und –dienste die betroffenen 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 sein 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>22</sup>. Andererseits soll dieser - danach bisher angeblich nicht vorhandene - Leistungsanspruch von einem Ermessens- in einen Pflichtleistungsan-

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

spruch umgewandelt werden<sup>23</sup>. Gleiches gilt für die **Mutter-Vater-Kind-Rehabilitation**<sup>24</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.

Dass faktisch keine Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Menschen durchgeführt werden, liegt nicht an fehlenden Anspruchgrundlagen, sondern daran dass, die Kranken- und Pflegekassen die vorhandenen gesetzlichen Vorschriften nicht anwenden:

- Die Krankenkassen sind nach § 8 SGB IX schon während des Krankenhausaufenthaltes auch bei pflegebedürftigen Menschen (die ja durchweg – meistens sogar besonders schwer – behindert oder von Behinderung bedroht sind ) zur Prüfung verpflichtet, ob Leistungen zur Teilhabe, zu denen auch die medizinische Rehabilitation zählt, erfolgreich sind. D.h., sie haben nach § 10 SGB IX in jedem Einzelfall den individuellen Leistungsbedarf funktionsbezogen festzustellen. Diese seit fünf Jahren bestehende Regelung wurde von den Kassen bis heute nicht umgesetzt. Eine bessere, weitergehende oder wirksame Regelung als die bereits vorhandene ist im Rahmen eines Entlassungsmanagements nicht vorstellbar. Es besteht faktisch kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf, sondern nur der Bedarf dafür, dass die Kranken- und Pflegekassen geltendes Recht umsetzen und anwenden. Die in den Eckpunkten vorgesehene Form von Wettbewerb um niedrige Zusatzbeiträge wird noch zusätzlich dazu führen, Regelungen für „schlechte Risiken“ nicht anzuwenden. Die Anreizstruktur für das angebliche politische Ziel, die Leistungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen zu verbessern, wird also noch einmal verschlechtert.
- § 18 Abs.1 Satz 3 SGB IX verpflichtet den MDK in dieser Fassung bereits seit dem 1.7.2001, zur Feststellung, ob, von wem und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig und zumutbar sind.
- Nach § 5 SGB Abs. 1 XI haben die Pflegekassen – in der Regel bei den Krankenkassen – darauf hinzuwirken, dass frühzeitig geeignete Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eingeleitet werden. Beide Leistungsträger werden durch § 5 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, Rehabilitationsleistungen auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit in vollem Umfang einzusetzen.

Die in den beiden letzten Spiegelstrichen genannten Verpflichtungen werden von den beteiligten Trägern ebenfalls faktisch nicht umgesetzt.

- Zudem fehlt es unverändert bundesweit an geeigneten ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen. Den Sicherstellungsauftrag, d.h., die Verantwortung dafür, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen, haben die Krankenkassen nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ebenfalls bereits seit dem 1.7.2001. Sie haben ihn bis heute nicht flächendeckend bedarfsgerecht umgesetzt.

Bereits heute beträgt in vielen stationären Pflegeeinrichtungen in größeren Städten, zumal solcher im Einzugsbereich von Universitätskliniken, die Aufenthaltsdauer nur noch zwischen 6 und 9 Monate. Mit Blick darauf reicht es nicht aus, nur den Leistungsanspruch und die Vergütung der – häufig auf spezifische Hospizangebote beschränkten – **Palliativversorgung** zu definieren und zu verbessern.

Wegen der Entwicklung und Veränderung des aktuellen Versorgungsbedarfes ist es notwendig, - spätestens im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung - die qualitativen und strukturellen Parameter der Palliativ- und Hospizversorgung in die regelhaften

<sup>23</sup> Eckpunkte, Anlage 11, Ziffer 1, S. 49

<sup>24</sup> Eckpunkte, Ziffer 13, S. 14

Struktur- und Prozessqualität der pflegerischen, insbesondere auch der stationären pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI als Regelversorgung einzubeziehen.

### **Fazit**

Die in den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 enthaltenen Regelungsabsichten enthalten verschiedene Elemente, die das deutsche Gesundheitswesen weiter destabilisieren und den Boden für einen Systemwechsel zur Privatisierung des öffentlich-rechtlichen Solidarsystem der GKV, mindestens aber zur Deregulierung zu einem reinen Basissicherungssystem mit vielfältigen, privat abzusichernden Versorgungselementen bereiten. Die Eckpunkte, wie auch die Begleitmaterialien sind an einigen Stellen widersprüchlich bis gegensätzlich. Verschiedene der Regelungsabsichten lassen sich in der bisher abzusehenden Form nicht umsetzen bzw. werden die erwarteten Wirkungen nicht entfalten. Für einige besteht nicht einmal ein Regelungsbedarf, weil bereits – zT weiter gefasste – Regelungen, insbesondere im Neunten Sozialgesetzbuch vorhandenen sind.