

**Statement von Dr. Volker Hansen, Vorsitzender des Verwaltungsrates:**

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat in seiner Sitzung am letzten Donnerstag ein umfassendes Positionspapier beschlossen. Darin zeigen wir die politischen Handlungsfelder und Notwendigkeiten auf – sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung. Aus diesem Positionspapier, das Sie in der Pressemappe finden, möchten wir Ihnen sechs Schwerpunkte vorstellen.

**Reformbedarf in der Pflege**

Eine zentrale Herausforderung bleibt die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Heute schauen wir uns vor allem an, zu welchen Leistungen ein Mensch aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist. Künftig braucht es auch einen Blick darauf, wozu er aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist. Mit anderen Worten: Auch jemand, der dement ist und vergisst zu essen, braucht die Unterstützung der Pflegeversicherung.

Die Notwendigkeit, den Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechend zu erweitern, ist seit Jahren bekannt. Mittlerweile hat sich die Politik zwei volle Legislaturperioden vor allem damit beschäftigt, zwei Beiräte zu beschäftigen. Sie erinnern sich – erst letzten Donnerstag wurde der Bericht des Expertenbeirats dem Bundesgesundheitsminister übergeben. Die echte politische Entscheidung steht aber immer noch aus – und wer weiß schon, welches Schicksal den 2. Bericht ereilen wird. Wir erwarten von der neuen Bundesregierung im Interesse der Pflegebedürftigen schnell eine Grundsatzentscheidung. Was das kosten darf, dazu nennen wir – ebenso wie der Expertenbeirat – keinen Betrag, denn entscheiden muss die Politik. Ich stelle nur noch einmal klar: Die derzeit umherschwirrenden Beträge von plus 2 bis 7 Mrd. Euro finden sich mit keinem Wort im Bericht. Der Expertenbeirat nennt in seinem Bericht sogar ausdrücklich auch die Möglichkeit einer ausgabenneutralen Variante.



## **Pflegenoten**

Mit den seit 2010 vergebenen Pflegenoten gibt es erstmals ein Instrument, um Pflegequalität zu vergleichen und Entscheidungen zu treffen. Doch das Instrument bleibt im Moment hinter seinen Möglichkeiten als echter Gradmesser für Qualitätsunterschiede der Anbieter zurück. Der Pflege-TÜV – und das war von Anfang an klar – war ein Einstieg, ein lernendes System, und nicht der sofortige große, optimale Wurf. Das Problem ist, dass einzelne Verbände der Leistungsanbieter Weiterentwicklungen immer wieder verschleppen können – und das auch tun. Nach dem geltenden Recht muss jede Veränderung an den Pflegenoten mit den Leistungsanbietern verhandelt werden. Gibt es kein einstimmiges Ergebnis gibt, dann kommt die Schiedsstelle ins Spiel. Dieses Verfahren ist nicht nur langwierig, es ist auch grundsätzlich falsch angelegt. Denn Qualität in der Pflege ist nicht verhandelbar. Deshalb fordern wir – erneut – eine Richtlinienkompetenz für den GKV-Spitzenverband. Es ist ein Unding, dass Pflegeheimbetreiber die notwendigen Qualitätsstandards für die Prüfung selbst mit festlegen. Fachliche Expertise: Ja. Aber Entscheidung darüber, wie hoch die Qualitätsstandards sein müssen: Nein.

Die Pflegenoten sind jedoch nur das Instrument, um die gemessene Pflegequalität darzustellen. Deshalb wollen wir auch die eigentliche Qualitätsmessung verbessern. Die Kritik, dass in Wirklichkeit nicht die Qualität gemessen wird, sondern die Dokumentation der erbrachten Pflegeleistungen, nehmen wir ernst. Allerdings nützt es den Pflegebedürftigen wenig, wenn der Medizinische Dienst einen Dekubitus feststellt. Entscheidend ist die Vermeidung des Dekubitus – und dafür ist ein Pflegeplan zusammen mit der entsprechenden Dokumentation notwendig. Zur Weiterentwicklung wollen wir ein Indikatoren gestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Pflegequalität entwickeln. Ein Indikator kann sich zum Beispiel auf die Messung des Körpergewichts der Pflegeheimbewohner beziehen, um dann daraus Rückschlüsse auf die Ernährungssituation in einem Pflegeheim zu ziehen. Und um zu erkennen, ob das Pflegeheim seine Bewohner bei der Ernährung angemessen unterstützt. Hier arbeiten wir Hand in Hand mit der Pflegewissenschaft zusammen. Ein solches System ist jedoch nicht über Nacht zu entwickeln und einzusetzen. Bis dahin halten wir daran fest, die Pflegenoten als Zwischenschritt ohne neue Indikatoren weiterzuentwickeln.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
lassen Sie mich auf einen zweiten Bereich eingehen:

### **Mehr Wettbewerb für eine bessere Versorgung**

Jedes funktionierende System braucht Regeln für das Miteinander und das Gegeneinander – so auch die Kranken- und Pflegeversicherung. Das gilt auch für den Wettbewerb, den wir nicht nur wollen, sondern auch weiter ausbauen wollen. Die Wettbewerbsregeln können im Kartellrecht formuliert werden, so wie mit dem AMNOG geschehen. Durch das AMNOG wurde ja bekanntlich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern neu geregelt.

Der Wettbewerb in der GKV kann aber auch im Sozialgesetzbuch geregelt werden – und das ist unser Vorschlag. Den wir erneuern und bekräftigen – auch mit Blick auf die gescheiterte 8. GWB-Novelle zur Regelung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen. Denn so kann den Besonderheiten des Sozialversicherungsrechts am besten Rechnung getragen werden. Ich nenne zum Beispiel den gesetzlichen Auftrag zur Zusammenarbeit und den gesetzlich vorgeschriebenen Kontrahierungszwang. Innerhalb eines solchen Rahmens sollte der Gesetzgeber vor allem dem Vertragswettbewerb neue Impulse geben. Kassenindividuelle Einzelverträge dürfen nicht weiter unnötig behindert werden. Deshalb fordern wir, den Kontrahierungszwang im Krankenhaus zu lockern, zum Beispiel bei planbaren Operationen. So schaffen wir neue Spielräume für Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Auch für den unverändert hochgehaltenen „Apotheken-Schutzschild“ gibt es keine versorgungspolitischen Argumente. Die deutsche Apothekenlandschaft ist noch immer eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone. Selbst Schwarz-Gelb hat daran nichts geändert – trotz aller Bekenntnisse zu Markt und Wettbewerb. Insbesondere das Mehr- und Fremdbesitzverbot bei Apotheken gehört abgeschafft. Es passt vorne und hinten nicht, überall sonst Wettbewerb als Antriebsfeder für eine hochwertige und bezahlbare Versorgung einzufordern, bei den Apotheken dann aber historisch zu argumentieren und den Bestandsschutz hochzuhalten. Grundbedingung ist natürlich eine sichere Versorgung. Alle Vertriebswege, die das garantieren, sollten genutzt werden, also auch Pick-up-Stellen und der Versandhandel.

Neben dem Preis muss selbstverständlich auch die Qualität als entscheidender Indikator in die Vertragsgestaltung einziehen. Ob ambulant oder stationär – die Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss echtes Unterscheidungsmerkmal werden. Vertragliche Basis sollten auch hier kassenindividuelle Einzelverträge sein. Mit ihnen würden neue Versorgungsangebote entstehen, die sich konsequent an der Ergebnisqualität ausrichten, natürlich auch bezogen auf die Vergütung der Leistungen und Produkte. Dafür brauchen wir rechtssichere Grundlagen. Selektive Ver-

träge sind in den Rahmen zur flächendeckenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung einzubinden. Und Qualitätssicherungsdaten müssen allgemein zur Verfügung gestellt werden. Qualität als neuer Wettbewerbsimpuls setzt eine funktionierende Qualitätsmessung und Qualitätssicherung voraus. Bisher werden oft nur einmalig oder punktuell Daten und getrennt nach Versorgungsbereichen erhoben. Gelebter – patienten- und versorgungsorientierter – Qualitätswettbewerb braucht eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

Deswegen abschließend ein gutes Beispiel zum Stichwort „Nierenersatztherapie“: Ab 2016 gibt es hier dank einer neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses endlich eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Sie umfasst dann die gesamte Versorgungskette dieser schwer chronisch kranken Patienten ohne eine zeitliche Befristung. Damit erhält man erstmals langfristige Aussagen zur Lage der Patienten sowohl mit einer künstlichen Niere als auch mit einem Transplantat. Auf diesem Weg müssen wir weitergehen. Kosten senkender und Qualität verbessernder Wettbewerb trägt auch entscheidend dazu bei, die Ausgaben endlich in den Griff zu kriegen. Denn wir haben in der GKV keine Einnahmenschwäche, sondern eine viel zu hohe Ausgabendynamik. Hier vor allem müssen wir anpacken, wenn wir auf Dauer ein leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitssystem haben wollen.