

Beschluss des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes vom 26.11.2009

Perspektiven für Reformen

Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunfts- festes Gesundheitssystem

1 Für Mehr Gesundheit

Leistungsfähiges Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Der Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es, allen Versicherten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu angemessenen Beiträgen zu bieten. Dabei hat sich der Umfang der gesundheitlichen Versorgung am medizinisch notwendigen Bedarf zu orientieren. Für die Versicherten muss auch in Zukunft die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und an innovativen Leistungen sicher sein. Hierfür sind auch die Leistungserbringer in die ökonomische Mitverantwortung zu nehmen. Die wesentlichen Säulen der GKV – Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung – sichern seit vielen Jahrzehnten den anerkannt hohen Standard der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Sie sind ein entscheidender Standortfaktor und bewähren sich gerade auch in wirtschaftlichen Krisenzeiten.

Eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen ist abzulehnen. Es existieren weiterhin nachweislich Wirtschaftlichkeitsreserven. Diese liegen insbesondere in der Arzneimittelversorgung, im Krankenhausbereich und in nicht koordinierten Prozessen der Leistungserbringung. Sie sind mit mehr wettbewerblichen Handlungsspielräumen der Krankenkassen zu heben. Die Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV müssen auch in Zukunft in einem transparenten Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, erfolgen. Diese Entscheidungen können weder im Wettbewerb noch vom Staat zielgenauer getroffen werden.

Innovationen im Gesundheitswesen

Innovationen im Gesundheitswesen ergeben sich nicht nur durch die Entwicklung und Einführung neuer Produkte und Behandlungsmethoden, sondern auch

durch die Verbesserung von Behandlungsprozessen, Versorgungsstrukturen und der Transparenz über Leistungsqualität. Das deutsche Gesundheitswesen muss dabei Antworten auf wesentliche Entwicklungen unserer Gesellschaft geben:

- die demographische Entwicklung und den gesellschaftlichen Wandel durch Alterung und Rückgang der Bevölkerung,
- die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen,
- den technologischen Wandel durch die Verwissenschaftlichung der Medizin und den Einsatz neuer Informationstechnologien,
- die Individualisierung der Lebensformen und
- die steigenden Gesundheitsausgaben.

Das deutsche Gesundheitswesen ist mit seiner derzeitigen Infrastruktur und Finanzierungsform nicht ausreichend auf diese Entwicklungen vorbereitet. Hier bedarf es Anpassungen, damit auch in Zukunft die Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens gewährleistet werden. Vordringliche Handlungsbereiche sind dabei:

Mehr Nachhaltigkeit - Nachhaltigkeit setzt einen achtsamen Ressourceneinsatz, eine dauerhafte gesicherte Finanzierbarkeit sowie die Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems an veränderte Rahmenbedingungen voraus.

Mehr Ergebnisorientierung – Die gesundheitliche Versorgung muss effizient erbracht werden und sich am medizinisch notwendigen Bedarf messen lassen.

Mehr Integration – Integrierte und vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen Versicherte die für sie am besten geeignete Versorgung wählen können, müssen die oft fragmentierten Formen der Behandlung ersetzen. Eine bessere Vernetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und sozialer Dienste trägt zu einer Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung bei.

Mehr Transparenz – Versicherte müssen mehr Transparenz über die Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsangebote erhalten. Hierdurch wird die notwendige Kompetenz der Versicherten selbstbestimmt zu handeln gefördert.

Mehr Bedarfsorientierung – Sowohl die spezifischen Bedarfe von Frauen und Männern als auch die von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sind in Forschung und Lehre, in der Versorgungsforschung, Prävention und Gesund-

heitsförderung, in Diagnostik, medizinischer Behandlung und Rehabilitation zu berücksichtigen.

2 Qualität und Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Versorgung fördern

Bessere Rahmenbedingungen für den Vertragswettbewerb

Wettbewerb ist ein zentrales Instrument zur besseren Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. Dabei eröffnen Einzelverträge individuelle Vertragsoptionen. Neben der Verbesserung der Qualität und/oder Erhöhung der Wirtschaftlichkeit kann eine stärkere wettbewerbliche Steuerung helfen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und die Patientenorientierung zu stärken.

Neben dem Kollektivvertrag muss daher die Gestaltungs- und Vertragsfreiheit für selektivvertragliche Möglichkeiten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erweitert werden.

Die Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V sind ein eindeutiger Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs. Sie müssen daher dringend geändert werden. Der Kontrahierungszwang der Krankenkassen und das Angebotsmonopol der Hausarztverbände müssen beseitigt werden, damit die Krankenkassen frei über den Abschluss von Hausarztverträgen entscheiden können.

Flächendeckende ärztliche Versorgung sichern

Die zukünftige hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist perspektivisch vor allem in den neuen Bundesländern, aber auch in Teilen der westlichen Bundesländer, gefährdet. Diese Entwicklung ist nicht auf einen generellen Mangel an Ärzten zurückzuführen. Zwischen 1990 und 2007 hat sich die Anzahl der Vertragsärzte deutschlandweit um fast 50 Prozent erhöht. Die meisten so genannten Planungskreise sind fast über alle Arztgruppen für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Deshalb müssen die vorhandenen Instrumente konsequent genutzt werden, um Bedarfsplanung und Vergütung zu verknüpfen. Ziel muss es sein, das vertragsärztliche Niederlassungsverhalten auch über die Höhe des Honorars zu steuern.

Gleichzeitig ist eine Neujustierung der Bedarfsplanung erforderlich. Es müssen auch unter dem Blickwinkel der demographischen Entwicklung die ambulanten und stationären Versorgungsangebote stärker aufeinander abgestimmt werden. Eine zukunftsorientierte Planung des gesamten gesundheitlichen Versorgungs-

angebotes muss in Zukunft den deutlichen Alterungsprozess einer abnehmenden Bevölkerung abbilden.

Keine Wartezeiten für GKV-Versicherte

Mit der Entscheidung für eine vertragsärztliche Tätigkeit geht der Arzt auch die Verpflichtung gegenüber den gesetzlich Versicherten ein, den Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung sicherzustellen. Es ist auch vor diesem Hintergrund nicht hinnehmbar, dass GKV-Versicherte, die mit ihren Beiträgen eine solide und sichere Einnahmenbasis für Vertragsärzte bilden und damit die Finanzgrundlage für den Betrieb einer Vertragsarztpraxis garantieren, bei der Terminvergabe benachteiligt werden. Es bedarf neben den schon bestehenden und konsequent anzuwendenden Möglichkeiten zur Vermeidung eines solchen Fehlverhaltens weiterer durchgreifender Instrumente zur Sanktionierung. Die Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patienten in einzelnen Arztpraxen muss beendet werden.

Anreize für höhere Qualität der ärztlichen Versorgung schaffen

Honorarsteigerungen für Ärzte, die allein durch höhere Beiträge finanziert werden können, müssen sich in einer besseren Versorgung niederschlagen. Damit diese Qualitätsverbesserungen nachvollzogen werden können, müssen alle vorhandenen, aber auch neue Instrumente zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität umfassend eingesetzt werden. Der Honoraranstieg ist an das Erreichen vorher vereinbarter Versorgungs- und Qualitätsziele zu binden.

Honorarreform der Ärzte anpassen

Die Honorarreform für die ambulante ärztliche Versorgung war eines der dominierenden gesundheitspolitischen Reformprojekte in der vergangenen Legislaturperiode. Ärzte erhalten seit dem Jahr 2009 rund 3,5 Mrd. Euro mehr im Vergleich zum Jahr 2007. Das jährliche Gesamteinkommen der Ärzte nach Abzug der Betriebs- und Personalkosten ist in der Folge um 20.000 Euro auf durchschnittlich 162.000 Euro vor Steuern gestiegen. Die schlichte Bereitstellung immer neuer Finanzmittel für die ambulante ärztliche Versorgung löst jedoch keinesfalls die grundlegenden Probleme, mit denen sich die ambulante ärztliche Versorgung konfrontiert sieht. Künftig sind Honorarerhöhungen auszuschließen, wenn die Beitragseinnahmen der Krankenkassen aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stagnieren oder sogar sinken.

Die umfangreichen Regelungen zur Honorarreform mit dem Ziel der Morbiditätsorientierung der ärztlichen Vergütung sind zu überprüfen und anzupassen. Dies betrifft insbesondere die:

Kriterien für die Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung – Die Nachbesserung der Honorarreform ist geboten, um in Zukunft eine nicht gerechtfertigte mehrfache Dynamisierung der ärztlichen Vergütung auszuschließen.

Messung der Morbiditätsveränderung – Für die Messung der Morbiditätsveränderung mit Hilfe eines Klassifikationsverfahrens liegen bisher keine Erfahrungen vor. Daher muss die Validierung der Berechnungsergebnisse verpflichtend geregelt werden, um die Beitragszahler vor ungerechtfertigten Honorarzahllungen zu schützen.

Transparenz des Leistungsgeschehens bei pauschalierter Vergütung – Mit der Einführung von Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab geht die Transparenz des Leistungsgeschehens verloren. Deshalb ist sicherzustellen, dass die im Rahmen der Pauschalen erbrachten so genannten Teilleistungen weiterhin dokumentiert werden.

Transparenz über die Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Für die Krankenkassen müssen die Vergütungen der Facharztgruppen in den Regionen transparent sein, damit die Honorarverteilung regional und bundesweit bedarfsgerechter gesteuert werden kann.

Mehr einzelvertragliche Möglichkeiten in der zahnmedizinischen Versorgung
Die GKV sichert eine zahnmedizinische Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau. Insbesondere wegen der präventiven Maßnahmen, hat sich die Mundgesundheit in Deutschland in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert. An den Kosten der Gruppenprophylaxe ist zukünftig auch die PKV angemessen zu beteiligen, da hiervon auch die Kinder privat Versicherter profitieren. Um den Qualitäts- und Effizienzwettbewerb zu steigern, sind die einzelvertraglichen Möglichkeiten für die zahnmedizinische und zahntechnische Versorgung zu nutzen und weiter auszubauen. Zur Sicherstellung der Ergebnisqualität sind die Richtlinien für eine externe Qualitätssicherung zeitnah umzusetzen. Hierfür sind Qualitätsindikatoren verbindlich zu definieren.

3 Krankenhausversorgung – Einzelverträge für ausgewählte Leistungen

Selektive Verträge für Krankenhausleistungen ermöglichen

Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde versäumt, eine stärkere Wettbewerbsorientierung im Krankenhausbereich einzuführen. Dies muss nunmehr Ziel einer nächsten Reform sein. Für ein definiertes Spektrum von ausgewählten Krankenhausleistungen muss die Möglichkeit bestehen, dass Kran-

kenkassen bzw. ihre Arbeitsgemeinschaften Verträge abschließen. Die Versorgung der Versicherten kann damit in Ballungsgebieten auf ausgewählte Vertragspartner konzentriert werden. Bei der Neujustierung muss zudem darauf geachtet werden, dass Qualitätsindikatoren verpflichtend Gegenstand der abzuschließenden Verträge sind.

Basisfallwerte produktivitätsorientiert fortschreiben

Das mit dem KHRG eingeführte, so genannte Warenkorbkonzept muss überprüft und neu ausgerichtet werden. Die Landesbasisfallwerte dürfen nicht nur kostenorientiert fortgeschrieben werden. Ergänzend muss auch die gestiegene Produktivität berücksichtigt werden.

Innovationen im stationären Bereich

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind im Unterschied zum ambulanten Bereich im Krankenhaus zu Lasten der GKV zu erbringen, es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss hat sie explizit ausgeschlossen (Verbotsvorbehalt). Erforderlich ist auch im stationären Bereich eine Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung vor der Einführung einer flächendeckenden Leistungserbringung. Der bestehende Gegensatz von Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich und Verbotsvorbehalt im stationären Bereich muss deshalb bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entschärft werden. Ziel muss sein, neue Verfahren zunächst zeitlich und örtlich begrenzt in einem geordneten Innovationsverfahren einzuführen und in kontrollierten Studien zu evaluieren. Nur bei nachgewiesenem Nutzen sollte in Zukunft eine flächendeckende Leistungserbringung zu Lasten der GKV möglich sein. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind deshalb künftig in solchen Einrichtungen zu erbringen, die vom G-BA zu definierende Anforderungskriterien erfüllen.

4 Trennung der Versorgungsbereiche überwinden

Einheitlichen Ordnungsrahmen für ambulante Leistungen schaffen

Immer mehr medizinische Leistungen, die früher stationär erfolgten, können heute ambulant erbracht werden. Das ist in der Regel patientengerechter und zugleich wirtschaftlicher. Diese Leistungen werden sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern angeboten. Damit können Patienten und Kostenträger zunehmend auf Angebote von verschiedenen Akteuren zurückgreifen. Diese Entwicklung ist auch im Hinblick auf die Versorgungsqualität und die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung positiv zu bewerten.

Es ist notwendig, einen einheitlichen Ordnungsrahmen für ambulante Leistungen zu schaffen, der gleichermaßen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gilt. Die zurzeit bestehenden gesetzlichen Vorgaben für ambulante Krankenhausleistungen bedürfen der Vereinheitlichung. Bestehende Vergütungsregelungen müssen durch differenzierte diagnosebezogene Regelungen abgelöst werden. Eine Doppelfinanzierung muss vermieden werden, indem die vertragsärztliche Gesamtvergütung auf tatsächlich versorgte Morbidität reduziert wird. Dreiseitige Schiedsstellenregelungen müssen der neuen Entwicklung angepasst werden, um ein faires paritätisches Stimmengewicht zwischen Kostenträger- und Leistungserbringerseite herzustellen.

Integrierte Versorgung erleichtern

Die Versorgungskonzepte müssen weiterentwickelt werden, um durch eine bessere Integration von Prävention und Gesundheitsförderung mit Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und sozialen Diensten zu mehr Qualität und Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung beizutragen. Das Herauslösen von sektorübergreifenden Leistungen aus den Kollektivbudgets muss rechtssicher geregelt werden. Insbesondere können in der Praxis nicht Grundsatzprobleme der Bereinigung gelöst werden, es bedarf daher präziserer Vorgaben.

Anreize für mehr Qualität setzen

In den derzeitigen kollektiven und selektiven Vergütungssystemen wird sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung das Bemühen um bessere Qualität nicht durchgängig zusätzlich honoriert, gleichzeitig führt schlechte Qualität nicht zu Vergütungseinbußen. Die Vergütungssysteme müssen deshalb so ausgestaltet werden, dass unterschiedliche Qualität von Versorgungsleistungen in Form von Zu- und Abschlägen berücksichtigt werden kann. Wer nachweislich dauerhaft schlechte Qualität bringt, muss perspektivisch von der Versorgung ausgeschlossen werden können. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine erweiterte Qualitätstransparenz und die Verknüpfung von Qualitäts- und Vergütungsdaten müssen hierfür geschaffen werden. Die Qualitätssicherung ist bezogen auf abgeschlossene Verträge zu gewährleisten. Um die Transparenz der Versorgung zu erhöhen, ist die integrierte Versorgung in die Qualitätssicherungssysteme einzubeziehen. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollten künftig jährlich erscheinen. Die Ergebnisdarstellungen der Qualitätssicherung müssen patienten- bzw. versichertenorientierter ausgestaltet werden und Vergleiche der Leistungserbringer erleichtern.

Versorgungsforschung ausbauen

Im deutschen Gesundheitswesen fehlen in vielen Bereichen Erkenntnisse über den Nutzen der gesundheitlichen Versorgung. Für die zukünftige Finanzierung

von medizinischen Leistungen, die notwendige Weiterentwicklung von Behandlungspfaden, die Nejustierung von Versorgungsstrukturen und die Qualifizierung von Aus- und Fortbildung muss eine praxisnahe und methodisch hochwertige Versorgungsforschung etabliert werden. Die notwendige Evaluierung gilt insbesondere im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die notwendige Schwerpunktsetzung für eine altersgerechte medizinische Versorgung. Handlungsbedarf besteht letztendlich in allen Versorgungsbereichen. Es gilt unter anderem die angewandte geriatrische und/oder gerontologische Forschung sowie bspw. die Versorgungsforschung in der zahnmedizinischen Wissenschaft im Hinblick auf Qualität und Qualitätsmängel auszubauen. Sichergestellt werden muss, dass die Versorgungsforschung unabhängig von den Eigeninteressen einzelner Akteure erfolgt.

5 Preisverhandlungen bei Arzneimitteln

Die Kostensteigerungen in der Arzneimittelversorgung stehen seit Jahren im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland. Die GKV gab 2008 mit über 29,2 Mrd. Euro erneut deutlich mehr für Arzneimittel aus als für die ärztliche Behandlung. Arzneimittel tragen als mittlerweile zweitgrößter Kostenblock wesentlich zum Gesamtanstieg der GKV-Ausgaben bei.

Über- und Fehlregulierung beenden

Die zahlreichen gesetzgeberischen Eingriffe in den Arzneimittelmarkt haben zu einer Vielzahl sich überschneidender, teils konkurrierender Regelungen im SGB V geführt. Diese Inkonsistenzen sind auch auf die erfolgte notwendige Stärkung dezentraler, wettbewerblicher Steuerungsinstrumente zurückzuführen, ohne dass das kollektivvertragliche Rahmensystem angepasst wurde. Nicht alle der mittlerweile über 27 Regulierungsinstrumente im Arzneimittelbereich sind noch sachgerecht. Die auf den verschiedenen Ebenen angesiedelten Regulierungsinstrumente können sich in unerwünschter Weise verstärken, gegenseitig abschwächen oder überflüssig machen. Diese Über- und Fehlregulierung muss korrigiert werden. Die neuen Regelungen müssen an den Zielen Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung, Transparenz, Rechts- und Planungssicherheit sowie Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit neu ausgerichtet werden.

Vorhandene Steuerungsinstrumente wirken lassen

Zur nachhaltigen Kostendämpfung im Arzneimittelbereich hat sich die Festbetragsregelung als überaus wirksames Instrument erwiesen. Im Bereich der Generika und der Analogpräparate konnten so seit 1989 36,4 Mrd. Euro eingespart werden. Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen er-

schließen weitere Effizienzreserven. Im zweiten Halbjahr 2008 lag die Ersparnis bei 310 Mio. Euro. Die Wirksamkeit dieser Steuerungsinstrumente darf durch künftige Reformen nicht konterkariert, sondern die Rechtssicherheit muss garantiert werden.

Neues Preissystem für hochpreisige Arzneimittel

In Deutschland besteht die fast einmalige Situation, dass neue Arzneimittel ab dem Zeitpunkt der Zulassung zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Neue, patentgeschützte Arzneimittel werden dabei hochpreisig in den Markt gebracht, vielfach ohne dass ihr Zusatznutzen bereits bei ihrer Zulassung geklärt ist. Für diese neuen Präparate aus dem Nichtfestbetragsbereich mit Therapiealternativen hat das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz neue Steuerungsinstrumente eingeführt. Hierzu zählen insbesondere die Kosten-Nutzen-Bewertung und die darauf aufbauende Höchstbetragsfestsetzung. Höchstbeträge decken jedoch eine bestimmte Gruppe von Arzneimitteln nicht ab. Hierbei handelt es sich um Arzneimittel mit sehr hohen Tagestherapiekosten, für die keine Therapiealternativen existieren. Diese Spezialpräparate sind für 60 Prozent des Ausgabenanstiegs in den letzten 10 Jahren verantwortlich. Absehbar ist die finanzielle Überforderung des GKV-Systems, wenn auf die Preisbildung dieser so genannten Solisten nicht eingewirkt werden kann. Bei diesen Solisten ist die Einführung einer Pflicht zur Preisverhandlung mit dem jeweiligen pharmazeutischen Hersteller als Voraussetzung für die GKV-Verordnungsfähigkeit dringend geboten. Ziel muss es sein, dem therapeutischen Nutzen entsprechende Preise zu erreichen.

Apothekenmarkt liberalisieren

Die deutsche Apothekenlandschaft ist gegenwärtig eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone: Durch Fremd- und ein eingeschränktes Mehrbesitzverbot werden erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven verschenkt. Mit der Beseitigung dieser Markteintrittsbarrieren kann die Effizienz wirksam gesteigert werden bei, wie internationale Erfahrungen zeigen, mindestens gleichbleibender Servicequalität. Zur Nutzbarmachung der Einsparungen für die GKV muss die Vergütung nach Arzneimittelpreisverordnung entsprechend angepasst werden. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 19. Mai 2009, demzufolge das Fremdbesitzverbot für Apotheken mit dem Europarecht vereinbar ist, entbindet die Politik nicht ihrer Gestaltungsaufgabe, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu verbessern. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes steht der Aufhebung des Fremdbesitzverbotes durch den deutschen Gesetzgeber nicht entgegen.

Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel reduzieren

In Deutschland wird auf Arzneimittel der volle Mehrwertsteuersatz erhoben. Damit hat Deutschland gemeinsam mit Dänemark ein negatives Alleinstellungsmerkmal in der Europäischen Union. In allen EU-Ländern gilt ein reduzierter Mehrwertsteuersatz, z. T. sogar eine Befreiung von der Mehrwertsteuer. Die Anwendung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes würde den Beitragszahlern jährlich rund 2,7 Mrd. Euro Arzneimittelausgaben ersparen.

6 Heil- und Hilfsmittel – Mehr Wettbewerbsspielräume

Einzelverträge in der Heilmittelversorgung

Die Rahmenbedingungen im Bereich der Heilmittelversorgung sind gegenwärtig wenig wettbewerbsfördernd. Einzelverträge mit Leistungserbringern sind wegen des bestehenden Kontrahierungszwanges faktisch ausgeschlossen. Für die Weiterentwicklung der Heilmittelversorgung bleibt daher derzeit kein Spielraum. Um weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, müssen die einzelnen Krankenkassen in die Lage versetzt werden, mit Leistungserbringern Einzelverträge abschließen zu können. Hierfür ist es notwendig, auf das Zulassungsverfahren zu verzichten. Auf dieser Basis können die Krankenkassen mit eigenen Verträgen wettbewerbliche Spielräume nutzen.

Gestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgung mit Hilfsmitteln erweitern

Hilfsmittel werden im Rahmen eines komplexen Versorgungssystems von verschiedenartigen Leistungsanbietern zur Verfügung gestellt. Die bisherigen Reformmodelle bieten verschiedene Ansätze zur Förderung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung. Allerdings reichen die aktuellen Steuerungsmöglichkeiten nicht aus, um wettbewerbsfördernden Versorgungsstrukturen effektiv zum Durchbruch zu verhelfen. Insbesondere kann sich durch das quasi uneingeschränkte Beitrittsrecht zu Verhandlungsverträgen kein funktionsfähiger Wettbewerb in allen Bereichen entwickeln bzw. hat sich dieser seit Einführung der gesetzlichen Regelung zum Beitrittsrecht wieder zurückentwickelt.

Besonders besorgniserregend im Hinblick auf die am medizinischen Bedarf orientierte und qualitätsgesicherte Versorgung sind die Bemühungen einiger Leistungserbringergruppen zur Durchsetzung eines Festzuschusssystemes. Mit der Einführung eines Festzuschusssystemes besteht die Gefahr, dass eine Unterversorgung entsteht, weil sich nicht jeder Versicherte hohe finanzielle Eigenbeteiligungen leisten kann. Im Interesse einer qualitativ guten sowie wirtschaftlichen Versorgung gilt es, anstelle eines Festzuschusssystemes die gesetzlichen Rege-

lungen zur Stärkung des Vertragswettbewerbs auszubauen. Hiefür ist insbesondere das gesetzliche Beitrittsrecht neu zu gestalten. Das Beitrittsrecht zu Verhandlungsverträgen könnte z. B. erst mit einer zeitlichen Verzögerung entstehen.

7 Prävention, Gesundheitsförderung und Patientensouveränität stärken

Prävention als Eckpfeiler moderner Gesundheitspolitik etablieren

Die GKV bietet ein umfangreiches Spektrum qualitätsgesicherter primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Leistungen und hat sich zum größten Förderer der Prävention in Deutschland entwickelt. Hierzu gehören auch die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Krankenkassen stehen zu ihrer Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung. Mit effektiven und effizienten Präventionsmaßnahmen lässt sich die Entstehung vieler chronischer Erkrankungen verzögern oder sogar verhindern. Die stärkere präventive Ausrichtung der Gesundheitsversorgung und der gesundheitlich relevanten Lebensbereiche sowie Politikfelder kann den Auswirkungen der demographischen Entwicklung entgegenwirken und die Lebensqualität der Menschen wesentlich erhöhen.

In den zurückliegenden Legislaturperioden sind zwei gesetzgeberische Anläufe für ein Präventionsgesetz auch wegen der vorgesehenen Zweckentfremdung und Fremdbestimmung von Beitragsmitteln zu Recht gescheitert. Für die GKV muss es bei der derzeitigen Planungs- und Finanzhoheit von Präventionsangeboten bleiben, so dass es in diesem Bereich auch keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf gibt. Bedarf besteht hingegen bei der nachhaltigen Verankerung der Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch von allen Sozialversicherungsträgern sowie Bund, Ländern und Kommunen gemeinsam finanziert werden muss. Ausgehend von den Ursachen fehlender gesundheitlicher Chancengleichheit sowie eigenverantwortlichen Handelns müssen die Präventionsanstrengungen an gemeinsamen Zielen und Qualitätskriterien orientiert und die Zusammenarbeit der Beteiligten verbessert werden. Nur wenn alle Beteiligten ihre Anstrengungen auf dem Feld der Prävention verstärken, wird die Prävention die notwendige Breitenwirkung erzielen können.

Patientenrechtegesetz stärkt den gesundheitlichen Verbraucherschutz

Die rechtliche Verankerung der Patientenrechte hat in Deutschland ein hohes Niveau, gleichwohl existieren in der Praxis Defizite bei deren Umsetzung. In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen brauchen Versi-

cherte qualifizierte Informationen und mehr Transparenz über die Angebote des Gesundheitsmarktes. Sie brauchen die Sicherheit, dass die Qualität ihrer Behandlung stimmt und sie vor Behandlungsfehlern geschützt werden.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher die Forderung nach einem Patientenrechtegesetz, das die zersplitterte Gesetzgebung im Bereich der Patientenrechte bündelt und bestehende Rechte verbessert. Ein solches Gesetz muss dazu beitragen, Patienten vor vermeidbaren medizinisch verursachten Schäden zu schützen und ihre Rechte in der alltäglichen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Ein wichtiger Schritt hierzu wären Regelungen zur Implementierung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen im Rahmen der Qualitätssicherung. Darüber hinaus muss im Rahmen eines Patientenrechtegesetzes die individuelle Rechtsposition der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Dies gilt z. B. hinsichtlich ihres Rechts auf Einsicht in die eigene Krankenakte sowie ihr Recht auf eine umfassende, rechtzeitige und verständliche Aufklärung. Der GKV-Spitzenverband spricht sich zudem dafür aus, die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen zu stärken, Versicherte beim Verdacht auf Behandlungsfehler effizient zu unterstützen. Eine wichtige Voraussetzung hierfür wäre die Einführung von Beweiserleichterungen bei Dokumentationsmängeln oder sogar eine Beweislastumkehr, falls Dokumentationen nicht oder nicht vollständig herausgegeben werden.

Unabhängige Patientenberatung

Krankenkassen informieren und beraten in vielfältiger Art und Weise ihre Versicherten, um sie in ihrer gesundheitlichen Kompetenz zu stärken. Einen darüber hinausgehenden Bedarf an unabhängiger Beratung fördert der GKV-Spitzenverband bis Ende 2010 im Rahmen des „Modellvorhabens zur Förderung unabhängiger Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung“. Eine künftige Bereitstellung finanzieller Ressourcen lässt sich nur rechtfertigen, wenn sich für Versicherte ein Zusatznutzen ergibt, der u. a. in der hohen Qualität des Beratungsangebotes und größerer Transparenz über bedarfsgerechte Versorgungsangebote besteht. Hierbei ist auch auf die qualitativ hochwertige Beratung der Krankenkassen zu verweisen. Doppelstrukturen müssen vermieden werden. Die Angebote der Unabhängigen Patientenberatung werden mit einem Anteil von 8 Prozent auch von privat Versicherten genutzt, ohne dass die PKV Finanzverantwortung übernimmt. Vor diesem Hintergrund ist die PKV an der Finanzierung zu beteiligen, ohne dass das derzeitige Finanzvolumen überschritten wird.

Mitberatungsrechte von Patientenvertretern

Die Einführung von Mitberatungsrechten im Gemeinsamen Bundesausschuss oder auch in den Zulassungs- und Berufungsausschüssen auf Landesebene hat

dazu beigetragen, die Transparenz und Akzeptanz der Entscheidungen zu erhöhen. Eine darüber hinausgehende Verankerung von Entscheidungsrechten ist vor allem aus Gründen der fehlenden Legitimation und der fehlenden Finanzverantwortung der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen nicht zielführend. Es besteht die Gefahr, dass Entscheidungsrechte für ausgewählte Interessengruppen dazu führen, dass diese Rechte primär zur Durchsetzung von Partikularinteressen genutzt werden.

8 Teilhabe durch Rehabilitation sichern

Konsequente Umsetzung von Rehabilitation und Teilhabe im bestehenden gegliederten System

Der mit der Schaffung des SGB IX eingeschlagene Weg der Teilhabeorientierung und trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich der Rehabilitation ist fortzusetzen. Gleichzeitig muss jeder Rehabilitationsträger die Verantwortung für seine Versicherten und das spezifische Leistungsspektrum wahrnehmen. Nur so wird gewährleistet, dass jeder Träger bei der Durchführung der Leistung für die bestmögliche Verwirklichung der Rehabilitations- bzw. Teilhabeziele sorgt und auf die dafür notwendige Qualität achtet. Die GKV wird Ihre Teilhabeziele (Vermeidung der Pflegebedürftigkeit u. a.) konsequent verfolgen. Der vermehrt festzustellenden Tendenz, GKV-untypische Teilhabeziele und Leistungen (z. B. Eingliederungshilfe) auf die GKV zu verlagern, ist entgegenzuwirken.

Qualitätsorientierung in der Rehabilitation fortsetzen

Die einheitliche und gemeinsame externe Qualitätssicherung (QS-Reha®-Verfahren) aus einer Hand durch eine unabhängige Auswertungsstelle wird derzeit aufgebaut. Sie wird künftig flächendeckend eine hohe Versorgungsqualität und eine zielgerichtete Verwendung der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sicherstellen.

9 Elektronische Gesundheitskarte – Für Mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) stellt eine große Chance für eine Steigerung der Qualität der Versorgung, eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Verwaltungsprozesse sowie für eine Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens dar. Ihre Einführung in Deutschland ist deshalb weiterhin konsequent voranzutreiben. Es bedarf allerdings dringend eines Neustarts. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass nutzbringende Anwendungen der Telematik

trotz des begonnenen Rollouts der eGK nicht in Sichtweite sind, ist das Verhältnis der bisher aufgewandten finanziellen Mittel zu den bisher erreichten Ergebnissen unzureichend.

Zur erfolgreichen Umsetzung bedarf es einer Telematikinfrastuktur, die sich unter Kosten-Nutzen-Betrachtung dynamisch-evolutionär weiterentwickeln kann. Hierzu zählt vor allem die schnellstmögliche Einführung einer obligatorischen Online-Mitgliedschaftsprüfung für Leistungserbringer, wodurch nicht nur die Wirtschaftlichkeit der eGK erheblich verbessert, sondern auch Missbrauch ausgeschlossen würde.

Darüber hinaus sind die Möglichkeiten der Kostenträger, den Gestaltungsprozess bei der Einführung aktiv zu begleiten, zu verbessern. Eine Änderung der Mehrheitserfordernisse ist deshalb angezeigt, um die erfolgreiche Realisierung des Gesamtprojektes zu beschleunigen. Nur so ist es möglich, die gegenwärtig noch vorherrschende Komplexität des Systems zeitnah zu reduzieren und die praktische Anwendung der eGK für alle Beteiligten, insbesondere den Versicherern, zu vereinfachen.

Das Konzept für eine Neuausrichtung des Telematik-Projektes hat sich deshalb konkret an den folgenden Eckpunkten zu orientieren:

- Bekräftigung eines bundeseinheitlichen Technologiekonzeptes
- Konzeption, Entwicklung und Einführung von Fachanwendungen unter besonderer Berücksichtigung und Darstellung der Kosten-, Nutzen und Akzeptanzeffekte
- Überarbeitung des technologischen Konzepts der Telematikinfrastuktur, insbesondere zur Erreichung und Sicherung der Online-Anbindung
- Festlegung der Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung zwischen Telematik, Gesellschaftern, Industrie und Politik
- Tragfähige Einbindung von Lösungsanbietern bei Entwicklung und Einführung von Fachanwendungen und Telematikinfrastuktur-Komponenten
- Definition abschließend verbindlicher, realistischer Meilensteine mit Zeitschiene

10 Finanzierungsspielräume für Krankenkassen schaffen

Nachhaltige Sicherung der Finanzierung notwendig

Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Gesundheitsreform 2007 ist, dass zwar die Strukturen, Zuständigkeiten, Verteilungs- und Zahlungsströme verändert wur-

den, diese Finanzreform aber zugleich keine Lösung zur zukunftsfesten Finanzierung der GKV bringt. Einzig der eingeführte jährliche Anstieg der Bundesbeteiligung von 2,5 Mrd. Euro in den Jahren 2007 und 2008 auf insgesamt 14 Mrd. Euro im Jahr 2012 könnte sich zu einem stabilen partiellen Finanzierungsinstrument entwickeln. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Bundesbeteiligung, die seit ihrer Einführung im Jahr 2004 bereits dreimal gesetzlich geändert wurde (Haushaltsbegleitgesetz 2006, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Konjunkturpaket II), erfordert dies die finanzpolitische Verlässlichkeit des Gesetzgebers.

Die mit dem Konjunkturpaket II als Ausgleich für die zeitgleiche Senkung des Beitragssatzes erhöhte Bundesbeteiligung stellt einen angemessenen Ausgleich für die erheblichen versicherungsfremden Aufgaben dar, wie z. B. für alle Leistungen und beitragsfreien Versicherungszeiten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt werden. Insofern ist hierin auch keine Alimentierung der GKV durch den Fiskus, sondern ein adäquater Ersatz von gesamtgesellschaftlichen Aufwendungen der Krankenkassen zu sehen.

Konjunkturunbruch verlangt ergänzende Bundeszuschüsse

Der konjunkturelle Einbruch des Jahres 2009 schlägt auch auf die Einnahmensituation der Krankenversicherung durch. Nach den Prognosen des GKV-Schätzerkreises werden die für dieses Jahr erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds im Vergleich zur Schätzung des Vorjahres um 2,3 Mrd. Euro geringer ausfallen.

Das erwartete Defizit auf der Einnahmenseite wird durch Liquiditätsdarlehen des Bundes aufgefangen und ist bis Ende 2011 zu tilgen. Damit ist die Einnahmensituation des Fonds und der Krankenkassen in 2009 trotz Wirtschaftskrise erst einmal stabil. Der Bund trägt das kurzfristige Einnahmenrisiko. Die Finanzierung der Einnahmenlücke über Darlehen stellt damit zugleich eine Hypothek für die Finanzsituation der Krankenversicherung in den Jahren 2010 und 2011 dar. Die konjunkturellen Lasten des Jahres 2009 werden vollständig in die Zukunft verschoben.

Erfahrungsgemäß wirkt sich ein konjunkturell bedingter Beschäftigungsrückgang mit zeitlicher Verzögerung auf die Einnahmen der Sozialversicherung aus. Im Umfang der vom Schätzerkreis bereits für 2010 prognostizierten deutlich negativen Einnahmenentwicklung müssen die Krankenkassen die krisenbedingten Lasten ohnehin ab Jahresbeginn tragen. Die krisenbedingt sprunghaft ansteigende Unterdeckung des Gesundheitsfonds – der Schätzerkreis prognostiziert für 2010 eine Deckungslücke von 7,45 Mrd. Euro – wird Krankenkassen ohne

Vermögenspolster zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zwingen. Falls die Einnahmen des Gesundheitsfonds sogar noch geringer ausfallen als vom Schätzerkreis prognostiziert, würde sich auch im Jahr 2010 erneut die Notwendigkeit von Liquiditätshilfen ergeben. Dann müssten die Krankenkassen sowohl 2010 als auch 2011 die vom Gesundheitsfonds zu tilgenden Darlehen refinanzieren: Die Liquiditätshilfen für das Jahr 2010 müssen bereits im selben Jahr, die Liquiditätshilfen des Jahres 2009 im Jahr 2011 zurückgezahlt werden. Die Refinanzierung von unvorhergesehenen krisenbedingten Lasten müsste dann bereits zum Jahresende 2010 über Zusatzbeiträge erfolgen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich deshalb dafür aus, die krisenbedingten Mindereinnahmen der Jahre 2009 und 2010 durch feste Zuschüsse des Bundes auszugleichen.

Angemessene Beiträge für Arbeitslose zahlen

Die Konjunkturkrise hat gezeigt und wird im kommenden Jahr noch deutlicher offenbaren, dass die fiskalisch motivierte Verschiebung von Finanzierungsrisiken zwischen den einzelnen Sozialleistungsträgern keine Probleme löst, sondern neue erzeugt. Die in den vergangenen Jahren schrittweise vollzogene Verschiebung des Arbeitsmarktrisikos in die gesetzliche Krankenversicherung ist ein gutes Beispiel dafür. Steigende Arbeitslosigkeit erzeugt damit steigende Einnahmeherausfälle in der GKV. Die Krankenkassen erhalten seit 1995 für Empfänger von Arbeitslosengeld lediglich 80 Prozent ihrer bisherigen Beiträge, für Alg II-Empfänger in 2010 sogar nur monatliche Pauschalbeiträge von etwa 135 Euro. Bei durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben von ca. 260 Euro je Mitglied im Monat wird die Unterfinanzierung der GKV für diesen Personenkreis deutlich. Es ist daher eine gesetzliche Änderung notwendig, die die Zahlung annähernd kostendeckender Krankenversicherungsbeiträge für Alg II-Empfänger durch den Bund sicherstellt. Kostendeckende Beiträge für Alg II-Empfänger würden die Einnahmensituation der GKV um derzeit rund 4,9 Mrd. Euro jährlich verbessern.

Versicherungsschutz für alle als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Seit dem 1.4.2007 haben auch bislang Nichtversicherte einen gesetzlich garantierten Versicherungsschutz in der GKV. Ziel des Gesetzgebers ist es, allen Menschen in Deutschland Versicherungsschutz zu gewähren. Damit werden insbesondere diejenigen erfasst, die aus wirtschaftlichen oder privaten Gründen nicht oder nicht mehr in der Lage sind, regelmäßige Beitragsleistungen zu erbringen. Die Umsetzung des in erster Linie verteilungspolitischen und damit gesamtgesellschaftlichen Ziels geht in Teilen zu Lasten der Beitragszahler. Die zusätzliche finanzielle Belastung der GKV entsteht durch die mangelnde Zahlungsfähigkeit bzw. Zahlungsbereitschaft des neuen versicherten Personenkreises. Die aufgelaufenen Beitragsrückstände der GKV für diesen Personenkreis betragen in den ersten zwei Jahren seit 1.4.2007 bereits rund 200 Mio. Euro. Darüber hinaus

bewirken die neuen Regelungen, die alle freiwilligen Mitgliedschaften auch bei Nichtzahlung der Beiträge erhalten, ein spürbares Ansteigen der Beitragsrückstände bei freiwilligen Mitgliedern. Hier betragen die Beitragsrückstände für denselben Zeitraum insgesamt rund 430 Mio. Euro. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die Regelungen zum „Versicherungsschutz für alle“ dahingehend nachgebessert werden, dass der Bund diese zusätzlichen finanziellen Lasten im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe trägt.

Beitragseinzug durch die Krankenkassen hat sich bewährt

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag muss weiterhin von den Krankenkassen eingezogen werden. Die bestehende Zuständigkeit für den Beitragseinzug bei den Krankenkassen ist auch nach Einführung des Gesundheitsfonds sachgerecht und ökonomisch sinnvoll: Die Krankenkassen sind in aller Regel die ersten Sozialleistungsträger, die nach Beginn einer Mitgliedschaft Leistungen zur Verfügung stellen. Sie sollten deshalb auch weiterhin erster Adressat der für Meldungen und Beitragszahlungen zuständigen Arbeitgeber sein. Durch ihre flächendeckende und dezentrale Präsenz sowie durch ihr vorhandenes Fachpersonal sind die Krankenkassen umfassend in der Lage, schnell, flexibel und routiniert auf die Fragen und Probleme der melde- und zahlungspflichtigen Arbeitgeber vor Ort einzugehen.

Mit der ab 2011 vorgesehenen Einrichtung von Weiterleitungsstellen für Meldungen, Gesamtsozialversicherungsbeiträge und Beitragsnachweise wird die intendierte Verwaltungsvereinfachung nicht erreicht. Zu befürchten ist vielmehr, dass unnötige Doppelstrukturen entstehen, weil die Krankenkassen sinnvoller Weise für alle mit dem Beitragseinzug verbundenen Aufgaben zuständig bleiben. Da bereits seit 2006 alle Arbeitgeber ihre Beitragsnachweise elektronisch mit Hilfe systemgeprüfter Entgeltabrechnungsprogramme übermitteln, wäre der erhoffte Vorteil für die Arbeitgeber mehr als gering. Die Einrichtung der Weiterleitungsstellen ist daher entbehrlich.

Erforderlich sind die Verringerung der betrieblichen Bürokratiekosten und die Sicherstellung rechtsverbindlicher Entscheidungen der Einzugsstelle mit Wirkung für die übrigen Sozialversicherungsträger. Diesem Anliegen könnte der Gesetzgeber in der Weise entsprechen, dass die bereits bestehende Entscheidungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldewesen auf Regelungen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags ausgedehnt wird. Grundsatzentscheidungen, die auch die Träger der Arbeitslosen- und Rentenversicherung betreffen, sollten dabei in Zukunft gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung Bund getroffen werden.

11 Soziale Pflegeversicherung zukunftsfähig gestalten

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 als fünfte Säule der sozialen Sicherung setzen sich gesellschaftliche Entwicklungen fort, die sich in den Erwartungen und Anforderungen der pflegebedürftigen Menschen wiederfinden. Sie wollen verstärkt auch im Alter zu Hause leben und gepflegt werden. Ihre weitgehende Unabhängigkeit ist ihnen wichtig. Unterschiedliche Lebensentwürfe erfordern unterschiedliche Formen der Pflege. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz stetig zu, je älter die Bevölkerung wird.

Zentrale Herausforderung in der nächsten Legislaturperiode ist deshalb die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Eine gute Basis hierfür hat der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ erarbeitet. Auf dieser Grundlage können die notwendigen gesetzlichen Änderungen auf den Weg gebracht werden, um dem besonderen Versorgungsbedarf von Menschen mit kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen gerecht werden zu können. Nicht mehr die Pflegezeit sondern der Grad der Selbständigkeit muss in Zukunft der Maßstab für die Einstufung in eine Pflegestufe sein. Die notwendige Neujustierung muss auch für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung sowie im Zusammenhang mit Case-Management in der Pflegeberatung einsetzbar sein. Ein weiteres Ziel ist die systematische Erfassung des Rehabilitationsbedarfes. Für die konkrete Umsetzung werden folgende Eckpunkte vorgeschlagen:

Bedarfsgrade und Leistungsansprüche

Zu entscheiden ist insbesondere, wie die neuen Bedarfsgrade auszugestalten sind. Die neu vorgeschlagenen fünf Bedarfsgrade sind mit konkreten Leistungen zu hinterlegen. Für den Bedarfsgrad 1 muss zusätzlich geklärt sein, ob und inwieweit ein zweckgebundener Pauschalbetrag hinsichtlich seiner Wirksamkeit zweckmäßig ist oder ob andere (Sach-)Leistungen ggf. ebenfalls oder sogar besser geeignet sind.

Verteilung bzw. Spreizung der Bedarfsgrade

Der Beirat hat verschiedene Szenarien mit differierenden Kostenwirkungen vorgelegt. Eine Entscheidung über die Ausgestaltung ist auch davon abhängig, wie der gesellschaftliche Diskurs zum Wert der Pflege bewertet wird. Aus pflegfachlicher Sicht, aber auch unter dem Blickwinkel der Kosten muss über die Verteilung bzw. Spreizung der Leistungsbeträge auf die Bedarfsgrade entschieden werden. Der Beirat hat hierzu zwei unterschiedliche Vorschläge in seine Szenarien einbezogen, die weiter diskutiert und bewertet werden müssen. Hierbei

müssen sowohl die angestrebten Veränderungen im Bereich der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege/Eingliederungshilfe), als auch die Zuzahlungen der Betroffenen Beachtung finden.

Anreize für „ambulant vor stationär“

Es sollten Anreize geschaffen werden, die den Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärken. Auch im Rahmen eines neuen Begutachtungsverfahrens wird voraussichtlich ein großer Teil der Pflegebedürftigen die Versorgung im häuslichen Umfeld gegenüber einer Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung bevorzugen. Daher gilt es, die entsprechenden Strukturen zu stärken und auszubauen und hierfür Anreize zu schaffen.

Bestandschutz

Wichtig für die Akzeptanz neuer Regelungen ist Verlässlichkeit auch für diejenigen, die bereits Leistungen beziehen. Nur wenn sichergestellt ist, dass im Einzelfall die bisherigen Leistungen nicht abgesenkt werden, wird eine gesetzliche Neuregelung Akzeptanz finden. Da nicht auszuschließen ist, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bei der Begutachtung zu anderen Ergebnissen als bisher führt, ist eine sachgerechte individuelle Bestandschutzregelung geboten. Struktureller Bestandsschutz, z. B. in Bezug auf Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sollte der Art nach bestehen, um sowohl die wichtigen pflegepolitischen Zielsetzungen, aber auch die erforderliche Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit nicht zu gefährden.

Verschiebebahnhöfe ausschließen

Die Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Hilfebedarfsfeststellungsverfahrens darf nicht zu neuen „Verschiebebahnhöfen“ unter den beteiligten Leistungsträgern führen. Kostenverlagerungen auf die Pflegeversicherung, z. B. zugunsten der Sozialhilfe oder kommunaler Träger, können nicht akzeptiert werden. Verbesserungen/Veränderungen müssen bei den unmittelbar Betroffenen der Pflegeversicherung und eben nicht bei anderen Trägern ankommen. So wäre es nicht nachvollziehbar, wenn die jetzigen Abgeltungsbeträge (vgl. § 43a SGB XI) für die in den Behinderteneinrichtungen geleistete Pflege auf die gleiche Höhe der Leistungsbeträge für die Versorgung in Pflegeheimen aufgestockt würden. Wer diese Diskussion nutzt, um Gelder auf andere Träger umzuleiten, schadet der gemeinsamen Zielsetzung einer guten Pflege und verkennt das Machbare.

Leistungsfähigkeit der Pflege zukunftssicher gestalten

Der Beirat hat verschiedene Szenarien für die Umsetzung seiner Empfehlungen vorgelegt. Er unterscheidet zwischen Kosten, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entstehen, und solchen für den Bestandsschutz, die nur vorübergehend anfallen. Wenn alle Hilfe- und Betreuungsbedarfe berücksichtigt werden sollen, wäre eine weitgehend kostenneutrale Lösung nur mit Einschnitten in bisherige Leistungen der Pflegeversicherung und mit Eingriffen in die Struktur der Leistungserbringung machbar.

Die Szenarien kommen zu Abschätzungen von bis zu 3,6 Mrd. Euro Zusatzkosten. Zusätzlich entstehen in einem Zeitraum von ca. drei Jahren Bestandsschutzkosten - je nach Szenario - zwischen 1,8 und 3,3 Mrd. Euro. Dabei ist die demographische Entwicklung nicht gesondert berücksichtigt. Entscheidend ist, dass eine zukunftssichere Finanzierung gefunden wird, die angesichts der demographischen Entwicklung und den Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung sowohl die erforderlichen Leistungen finanziert, aber auch die finanziellen Belastungen begrenzt.

Umsetzungsprozess gestalten

Für die Umsetzung sind vielfältige weitere Anpassungen erforderlich, wie z. B. die Überarbeitung von Begutachtungs-Richtlinien. Mit seinen detaillierten Vorarbeiten hat der Beirat wichtige Grundlagen zur weiteren konkreten Ausgestaltung geleistet. Der Umsetzungsprozess muss allerdings zeitlich und inhaltlich gestaltet werden. Dabei muss ausreichend Zeit für die gründliche Vorbereitung und möglichst reibungslose Umsetzung vorgesehen werden, auch um breite Information und Akzeptanz bei den Betroffenen und Ihren Angehörigen vorbereiten und umsetzen zu können. Mit der Umsetzung sollte unmittelbar nach der Regierungsbildung begonnen werden.