

# Die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung

Vorstellungen für eine Reform aus der Sicht behinderter und chronisch kranker Menschen

Autor: Bernd Masmeier

## 0) Problemaufriss

Die am 27. September 2009 gewählte Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP hat in ihrem Koalitionsvertrag<sup>1</sup> einen erneuten Umbau des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angekündigt. Dies war auch erwartet worden, da es sich bei dem von der Großen Koalition aus CDU, CSU und SPD beschlossenen Gesundheitsfonds um einen Kompromiss handelte, der den Umbau sowohl in Richtung einer Gesundheitsprämie als auch in Richtung einer Bürgerversicherung offenhalten sollte.

Der erwähnte Koalitionsvertrag sieht vor, nach einer Übergangsphase „das bestehende Ausgleichssystem ... in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden (zu überführen)“<sup>2</sup>. Dabei soll „der Arbeitgeberanteil fest“ bleiben<sup>3</sup>, um eine „weitgehende Entkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten“ zu erreichen<sup>4</sup>. Die Einzelheiten sollen von einer Regierungskommission festgelegt werden.<sup>5</sup> – Damit hat sich die neue Regierungskoalition auf eine erneute Reform der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt.

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind in besonderer Weise auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen und darüber hinaus in ihrer überwiegenden Mehrzahl im Bereich der GKV gegen das Krankheitsrisiko abgesichert. Ihre Interessen sind jedoch in der Vergangenheit bei die GKV betreffenden Reformen nicht oder nicht hinreichend berücksichtigt worden. Mit diesem Papier werden die Bedarfe und Belange dieses Personenkreises im System der GKV dargelegt und verdeutlicht, welche Anforderungen aus seiner Sicht an eine – neuerliche – Reform der GKV zu stellen sind. Diese Anforderungen beziehen sich nicht nur auf die Ausgestaltung der Finanzierung; sie richten sich vielmehr ausdrücklich auf

---

<sup>1</sup> WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

<sup>2</sup> a.a.O., S. 86

<sup>3</sup> vgl. ebenda

<sup>4</sup> vgl. ebenda

<sup>5</sup> vgl. ebenda

Strukturveränderungen des Systems auch im Leistungsbereich. Beide Sektoren bedürfen einer Reform. Die demografische Entwicklung und der erwünschte medizinische Fortschritt lassen einen im Vergleich zum allgemeinen Preisniveau überproportionalen Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsgüter erwarten, selbst dann, wenn man vom günstigsten Szenario der bloßen Verschiebung der dem Lebensende vorausgehenden Krankheiten ausgeht. Die Erfahrungen zahlreicher behinderter und chronisch kranker Menschen und die Analyse der Versorgungsstrukturen lassen jedoch andererseits auch teilweise erhebliche Effizienzmängel und Einsparpotenziale erkennen.

Als Grundlage dieses Papiers diene neben eigenen Vorstellungen auch der Bericht der so genannten „Rürup-Kommission“ aus dem Jahr 2003.

### **1) Die derzeitige Situation behinderter und chronisch kranker Menschen in der GKV**

Die Situation von Menschen mit Handicap in der GKV ist durchaus als problematisch zu bezeichnen. Diese Situation hat sich seit der Vorlage des Berichts der Rürup-Kommission<sup>6</sup> im Jahre 2003 nicht verbessert; vielmehr hat sie sich trotz einer zeitweiligen Entspannung der Finanzlage der Gesetzlichen Krankenkassen, die durch gesetzgeberische Maßnahmen und einen Konjunkturaufschwung erreicht werden konnte, eher weiter verschlechtert. Die derzeitige Rezession führt wieder einmal die starke Abhängigkeit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der Entwicklung ihrer Einkommen vor Augen. Die Entlassungen, die mit einer Rezession in der Regel einhergehen, führen zum Rückgang des Einkommens des betroffenen Versicherten und damit zum Rückgang der Beitragseinnahmen der GKV. Derzeit versucht die Bundesregierung zwar, die Lücke durch Zuschüsse aus Steuermitteln zu schließen; wie lange dies vor dem Hintergrund der aktuellen Steuerausfälle und dem künftigen Zwang zur Haushaltsdisziplin durchgehalten werden kann, ist jedoch fraglich. Langfristig entscheidender für die finanzielle Entwicklung der GKV werden jedoch die Folgen des demografischen Wandels und des Wandels der Erwerbsstrukturen sein. Die zunehmende Zahl älterer Menschen im Rentenalter und die aller Voraussicht nach sinkende Zahl der Erwerbstätigen führt dazu, dass die Zahl der Versicherten,

---

<sup>6</sup> Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003

die vergleichsweise geringe Beiträge zahlen (und häufig mehr Leistungen benötigen, als durch ihren eigenen Beitrag finanziert werden können) steigt und die Zahl derer, deren Beiträge höher als die benötigten Leistungen sind, sinkt. Da immer weniger Menschen ihr Leben lang in Vollzeit beim selben Arbeitgeber beschäftigt sind, Phasen der Arbeitslosigkeit und der Teilzeitbeschäftigung häufiger vorkommen und mehr Menschen zumindest zeitweise selbstständig oder freiberuflich tätig sein werden, verschärfen sich die Finanzierungsprobleme der GKV bei einem unverändertem Finanzierungssystem zusätzlich.

Gleichzeitig bestehen Effizienzmängel in der Versorgung, wobei Experten und Betroffene sowohl Unterversorgung als auch Über- und Fehlversorgung feststellen.<sup>7</sup> Dies bedeutet, dass einem Teil der Versicherten objektiv notwendige Leistungen verweigert oder erst nach einer Klage gewährt werden, während in anderen Fällen Mittel für überbezahlte Leistungen oder für Leistungen, deren Notwendigkeit oder Qualität zumindest zweifelhaft sind, ausgegeben werden. Da behinderte Menschen in besonderem Maße auf Leistungen der GKV angewiesen sind, betreffen deren Probleme sie auch in besonderem Maße. Hinzu tritt der – allerdings gesamtgesellschaftlichen Bedingungen geschuldete und damit nicht dem GKV-System zuzurechnende – Umstand, dass Menschen mit Handicap häufiger als andere Personengruppen nur ein recht niedriges Einkommensniveau erreichen und auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind. Müssen aus diesen noch viele aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene Leistungen finanziert werden, so wird auch die gesellschaftliche Stellung der betroffenen Menschen weiter verschlechtert.

Insgesamt stellt sich die Situation des Personenkreises als „Mangelsituation“ dar. Diese ist im Wesentlichen durch die Herausnahme vieler **Arzneimittel** aus der Leistungspflicht der GKV gekennzeichnet, die zwar für die nicht zum Personenkreis der Menschen mit Handicap zählenden Versicherten „Lifestyle“-Arzneimittel (bzw. solche mit „nicht nachgewiesenem Nutzen“) sein mögen, jedoch für diesen Personenkreis oft unentbehrlich sind. Beispiele hierfür sind etwa Abführmittel für Menschen mit Darmlähmungen oder Medikamente zur Verringerung des Harnsäurespiegels bei Menschen mit Harninkontinenz. Gleichzeitig werden jedes Jahr neue Präparate in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, die zwar patentiert sind, deren Neuartigkeit von Experten jedoch in Frage gestellt wird. Darüber hinaus werden Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet, die missbräuchlich

---

<sup>7</sup> Vgl. z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Jahresgutachten 2000/2001, Baden-Baden, Nomos, 2002.

– etwa zum Ruhigstellen von Pflegeheimbewohnern oder verhaltensauffälligen Kindern – verwendet werden.

Auch die Situation des Personenkreises im Hinblick auf die **Heilmittel**versorgung ist keinesfalls befriedigend. Zwar hat die Selbstverwaltung der GKV durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ärzten, Krankenkassen und Patientenvertretern bereits vor einigen Jahren mit der so genannten „Heilmittelrichtlinie“ Regelungen geschaffen, mit denen die notwendige Versicherung der Betroffenen in diesem Bereich sichergestellt und Über- oder Fehlversorgung verhindert werden soll. Allerdings ist zumindest fraglich, ob dies für alle von dieser Richtlinie erfassten Personen bzw. Indikationen tatsächlich gewährleistet ist<sup>8</sup>. Zudem ist wegen eines Streits zwischen Ärzten und Krankenkassen um die Finanzierung so genannter „Verordnungen außerhalb des Regelfalles“ selbst die Versorgung der Patienten, die von der fraglichen Richtlinie „begünstigt“ werden sollen, nicht hinreichend sichergestellt: ihnen wird z.T. die Ausstellung entsprechender Verordnungen verweigert, obwohl die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen hierfür erfüllt sind<sup>9</sup>. Als weiterer Grund für die Verweigerung derartiger Verordnungen wird auch der hohe bürokratische Aufwand für die erforderlichen Begründungen gegenüber den Krankenkassen genannt.

Die Versorgung mit **Hilfsmitteln** ist durch einen starken Rückgang der Patientenautonomie in den letzten Jahren gekennzeichnet. Den Krankenkassen ist in immer stärkerem Maße die Möglichkeit eröffnet worden, die Gewährung von Hilfsmitteln durch feste Vertragspartner sicherzustellen. Hierbei zeichnet sich allerdings ab, dass die mit diesen vereinbarten – gegenüber den früheren häufig niedrigeren – Preise nicht ausreichen, um eine hinreichende Qualität der gelieferten Hilfsmittel sicherzustellen. Besonders schwerwiegende Mängel werden immer wieder aus dem Bereich der Inkontinenzversorgung berichtet. Bei den Hilfsmitteln, die zur Herstellung bzw. Aufrechterhaltung der Mobilität benötigt werden (Rollstühle, Rollatoren etc.) und die daher ein besonders sensibles Feld darstellen, weil häufig individuelle Bedarfe zu berücksichtigen sind, ergeben sich Versorgungsprobleme, weil inzwischen viele Krankenkassen zu dem 1995 eingeführten Modell der „Leistungsvereinbarung zur Hilfsmittelgewährung“ übergegangen sind. Hierbei bleibt das Hilfsmittel im Besitz des lie-

---

<sup>8</sup> Der Verfasser bezweifelt dies, aber diese Frage kann nur von den jeweiligen Fachverbänden der behinderten und chronisch kranken Menschen schlüssig beantwortet werden

<sup>9</sup> Die Handhabung ist allerdings nach den vorliegenden Informationen von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich und variiert offenbar zusätzlich auch noch innerhalb der Bundesländer selbst.

fernden Sanitätshauses. Dieses erhält für einen im Vorhinein festgelegten Nutzungszeitraum eine Pauschalzahlung; mit dieser sind alle in diesem Nutzungszeitraum anfallenden Kosten für dieses Hilfsmittel abgegolten. Benötigt der ursprüngliche Nutzer dieses Hilfsmittel nicht mehr und gibt es vor Ablauf des festgelegten Nutzungszeitraums zurück, kann es an einen anderen Nutzer mit gleichem Bedarf abgegeben werden, wodurch die beschriebene Pauschale erneut ausgelöst wird. Benötigt der Nutzer das Hilfsmittel über den durch die Pauschale abgedeckten Nutzungszeitraum hinaus, wird die Pauschale für einen weiteren Nutzungszeitraum gezahlt, und das Hilfsmittel kann von dem gleichen Nutzer weiterhin genutzt werden. Der Einsatz dieses Modells in nicht geeigneten Fällen kann gesundheitsgefährdende Folgen haben. Für die Krankenkassen lohnt sich sein Einsatz besonders dann, wenn der Gegenwert der zu erwartenden Reparaturen die Pauschale übersteigt, weswegen sie auf einen möglichst langen Einsatz der entsprechenden Hilfsmittel dringen. Um Verluste zu vermeiden oder zu minimieren, werden die Lieferanten aber den zu leistenden Wartungs- und Reparaturaufwand so weit wie irgend möglich minimieren.

Hilfsmittel sind in aller Regel extrem teuer. Dass die Krankenkassen versuchen, die Kosten in diesem Bereich nach Möglichkeit zu begrenzen, ist daher durchaus verständlich. Allerdings muss die Frage erlaubt sein, ob dies mit den richtigen Mitteln geschieht. So ist jedenfalls für die Nutzer nicht ersichtlich, ob die von den Anbietern behaupteten Kosten von den Krankenkassen jemals ernsthaft hinterfragt worden sind. Zudem stellt sich die Frage, ob jede Reparatur zwingend durch ein Sanitätshaus durchgeführt werden muss (etwa die eines defekten Reifens); dies gilt jedenfalls für die Krankenkassen, die das beschriebene Modell noch nicht anwenden und daher für jede anfallende Reparatur den hierfür vereinbarten Preis zahlen müssen. Festzuhalten ist, dass Veränderungen in diesem Bereich durchaus notwendig scheinen, aber schwierig zu gestalten sein dürften, da die Interessen sowohl der Versicherten als auch der Krankenkassen als auch der Leistungsanbieter Berücksichtigung finden müssen. Gleichzeitig ist allerdings auf den Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit einem Hilfsmittel hinzuweisen, das den medizinischen Notwendigkeiten entspricht: ist er z.B. auf die Versorgung mit einer speziell angepassten Sitzschale aus medizinischer Sicht zwingend angewiesen, darf er nicht mit einem Rollstuhl versorgt werden, der diesem Anspruch nicht genügt.

Ein weiterer offensichtlich aus der Sicht von Menschen mit Handicap als „defizitär“ anzusehender Bereich ist die Realisierung des Anspruchs auf **Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation**, insbe-

sondere im Bereich der stationären Maßnahmen. Das SGB V sieht für diesen Bereich zum einen den Vorrang ambulanter Maßnahmen und zum anderen bei der Durchführung stationärer Maßnahmen einen Abstand von vier Jahren zwischen diesen vor, von dem nur ausnahmsweise abgewichen werden kann (wenn eine Maßnahme vor Ablauf der genannten Frist aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist). Wird von einem Betroffenen ein Antrag auf eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation gestellt, wird dieser häufig entweder wegen mangelnder Notwendigkeit abgelehnt (die ambulante Versorgung mit Heilmitteln durch niedergelassene Leistungserbringer wird als ausreichend angesehen), oder es wird auf eine ambulante Maßnahme oder auf die erwähnte Vier-Jahres-Frist verwiesen (letzteres oft pauschal, also ohne die Würdigung medizinischer Notwendigkeiten). Hierbei wird nach Einschätzung der Autoren häufig übersehen, dass für diese Personengruppe bereits die Fahrten zu ambulanten Reha-Einrichtungen eine erhebliche Belastung darstellen, die den Erfolg der jeweiligen Maßnahme beeinträchtigen kann, und daher stationär durchgeführte Maßnahmen häufig effektiver sein dürften. Insgesamt ist es offensichtlich so, dass (jedenfalls stationäre) Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation häufig erst nach der Einlegung von Rechtsmitteln (Widerspruch) gegen ablehnende Bescheide gewährt werden. Das wiederum bedeutet, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Teil der notwendigen Maßnahmen gar nicht durchgeführt wird, weil die Einlegung von Rechtsmitteln (aus unterschiedlichsten Gründen) unterbleibt. Dies wiederum kann im Einzelfall höhere Kosten für die GKV nach sich ziehen, weil in höherem Maße ambulante Maßnahmen oder auch Behandlungen in Akutkrankenhäusern notwendig werden.

Schließlich ist noch auf die besonderen Bedarfe des Personenkreises bei notwendig werdenden **Krankenhausaufenthalten** hinzuweisen. Menschen mit Handicap sind in aller Regel auf über die übliche Krankenhauspflege hinausgehende pflegerische Leistungen bzw. Hilfestellungen angewiesen. Diese werden zwar vom gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der Krankenhäuser mit umfasst, können in aller Regel aber entweder nur unzureichend oder gar nicht erbracht werden. Dies gilt offenbar nicht nur für Allgemeinkrankenhäuser, sondern auch für Spezialkliniken. So erhalten Wohn- und Betreuungseinrichtungen für behinderte Menschen immer wieder aus dem Krankenhaus zurückkehrende Bewohner mit Druckgeschwüren, die z.T. nur durch sehr langwierige pflegerische Maßnahmen wieder ausgeheilt werden können und für die betroffenen Patienten häufig längere Zeiten der Bettlägerigkeit bedeuten, was für sie in dieser Zeit einen beträchtlichen Verlust an Lebensqualität bedeutet. Von einer quer-

schnittgelähmten Frau wurde berichtet, dass Patienten in einer Spezialklinik für diesen Personenkreis die Wochenenden im Bett verbringen mussten, wenn sie zu einem selbstständigen Transfer vom Bett in den Rollstuhl und/oder zurück nicht in der Lage waren.

Diese Situationsbeschreibung macht deutlich, dass sich eine Reform des Systems der GKV nicht nur auf die Herstellung einer nachhaltigeren Finanzierung beschränken darf. Vielmehr müssen zudem Strukturveränderungen dazu führen, dass passgenauere Leistungen insbesondere für die Personenkreise erbracht werden können, die in besonderer Weise auf Gesundheitsleistungen angewiesen sind. Im Folgenden soll aufgezeigt bzw. erörtert werden, wie diese Strukturveränderungen aussehen könnten und in welchem Finanzierungssystem sie am ehesten zu verwirklichen sein werden.

### **2) Forderungen an eine Reform der GKV aus der Sicht behinderter und chronisch kranker Menschen**

1. Oberstes Gebot an eine zukunftssichere Krankenversicherung muss sein, dass sie ihren Versicherten auch unter den veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen der Zukunft eine den jeweiligen Erfordernissen entsprechende medizinische Versorgung gewährleisten kann. Dabei muss auch weiterhin eine solidarische Finanzierung sichergestellt sein, damit auch für Menschen mit niedrigem Einkommen und/oder hohem Bedarf an medizinischen Leistungen weiterhin eine bezahlbare Krankenversicherung zur Verfügung steht. Bei der Suche nach geeigneten Instrumenten müssen auch Veränderungen des Versichertenkreises und der Beitragsbemessungsgrundlage, unabhängig von bisher politisch diskutierten Modellen, geprüft werden.
2. Die Finanzierung der Krankenversicherung muss soweit wie möglich an dem Kriterium der Nachhaltigkeit orientiert werden. Besonderes Augenmerk wird dabei darauf zu richten sein, inwieweit Elemente der Kapitaldeckung hierfür tatsächlich geeignet sind.
3. Die Gesetzliche Krankenversicherung dient der Versicherung bzw. Absicherung von Krankheitskosten und Kosten der medizinischen Rehabilitation. Hierzu ist sie auf eine stabile und verlässliche Finanzierung angewiesen. Der Beitragssatz oder andere Finanzierungsinstrumente dürfen daher nicht als Instrument zur Erreichung arbeitsmarkt-, konjunkturpolitischer oder anderer Ziele eingesetzt werden. Dies schließt die Einbeziehung von „Nebenwirkungen“ möglicher Alternativmodelle zur Finanzierung nicht aus; eine Reform, die primär der Erreichung von GKV-fremden

Zielen dient und die Finanzen der GKV destabilisiert, ist jedoch abzulehnen. Auch sollte der Einfluss von Politikern auf Entscheidungen innerhalb des Systems GKV möglichst gering gehalten werden.

4. Der Begriff der „medizinisch notwendigen Leistungen“ ist neu zu definieren. Diese Neudefinition muss der Überlegung Rechnung tragen, dass „medizinische Notwendigkeit“ nicht vollständig allgemeingültig bestimmt werden kann, sondern auch von der jeweiligen Erkrankung bzw. Behinderung eines Versicherten abhängig sein kann. Dies betrifft insbesondere die Leistungspflicht bei Arzneimitteln, die im „Normalfall“ aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind, deren Anwendung jedoch bei bestimmten Behinderungen bzw. chronischen Erkrankungen sinnvoll ist.

Es ist zu erwarten, dass mit den hierzu zu treffenden Entscheidungen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt wird. Nicht nur aus diesem Grunde ist es geboten, die Funktion der Patientenvertreter in diesem Gremium zu stärken. Sie sollten künftig gleichberechtigt mit den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen sein.

Generell sollte bei allen Entscheidungen zur grundsätzlichen Gestaltung des Gesundheitssystems und der Krankenversicherung den Stellungnahmen von Vertretern bzw. Verbänden behinderter Menschen das gleiche Gewicht beigemessen werden wie den Stellungnahmen von Verbänden der Leistungserbringer und Krankenversicherungen.

5. Auch bei Arzneimitteln sollte sich die Leistungsgewährung am Kriterium der Notwendigkeit orientieren<sup>10</sup>, und zwar in ähnlicher Weise, wie dies heute bereits im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln der Fall ist. Wünscht z.B. ein Versicherter die Versorgung mit einem Arzneimittel, das die eingetretene Erkrankung in kürzerer Zeit zum Abklingen bringen kann als ein preiswerteres, ansonsten aber ebenso geeignetes, sind die entstehenden Mehrkosten vom Versicherten zu tragen. Etwas anderes gilt nur dann, wenn durch die aufgewendeten Mehrkosten an anderer Stelle Kosten in vergleichbarer oder höherer Größenordnung eingespart werden können<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Hier ist nicht die medizinische Notwendigkeit gemeint; vielmehr geht es darum, dass nur die Arzneimittel finanziert werden sollen, die zur effektiven Behandlung erforderlich sind.

<sup>11</sup> Zu denken ist hier etwa an die Vermeidung oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung oder an verringerte Aufwendungen im Bereich der Lohnfortzahlung.

6. Es ist zu prüfen, ob Kosten für aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossene Leistungen für Bezieher staatlicher Transferleistungen aus Steuermitteln finanziert werden können, wenn diese wegen einer Behinderung bzw. chronischen Erkrankung als medizinisch notwendig anzusehen sind. Zudem ist zu prüfen, ob für die vom Versicherten zu tragenden Kosten für diese Leistungen eine Obergrenze eingeführt werden kann; diese könnte an eine Verdienstgrenze gebunden sein, da eine solche Obergrenze für Bezieher extrem hoher Einkünfte nicht vermittelbar sein dürfte. Eine Alternative könnte darin bestehen, diese Aufgabe im Rahmen einer Neuordnung sozialhilferechtlicher Vorschriften der „Hilfe zur Gesundheit“ nach dem SGB XII zuzuordnen<sup>12</sup>.
7. Die Versorgung behinderter und chronisch kranker Menschen mit Heilmitteln muss neu organisiert werden. Dieser Personenkreis ist häufig dauerhaft bzw. erheblich länger als andere Versicherte mit Akuterkrankungen auf diese Leistung angewiesen. Seine Versorgung mit Heilmitteln muss daher nach eigenständig formulierten Regeln erfolgen. Verordnende Ärzte dürfen durch diese Verordnungen nicht mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen belastet werden; die Nachweisregelungen für die Notwendigkeit derartiger Verordnungen sind mit möglichst geringerem bürokratischem Aufwand zu belasten.
8. Das Gewicht von Rehabilitationsmaßnahmen ist zu stärken. Werden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation beantragt, ist in die Prüfung die Frage einzubeziehen, inwieweit durch diese künftige höhere Ausgaben – etwa durch akut notwendig werdende Krankenhausaufenthalte – voraussichtlich vermieden werden können. Wird eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch einen behinderten bzw. chronisch kranken Versicherten beantragt, ist darüber hinaus zu prüfen, ob angesichts seiner besonderen persönlichen Umstände diese effektiver sein kann als eine ambulante Maßnahme (Belastung durch tägliche Fahrten am Wohnort).
9. Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln ist auf die Erschließung von Effizienzreserven zu überprüfen.<sup>13</sup> Gleichzeitig

---

<sup>12</sup> Dieser Vorschlag basiert auf der Überlegung, dass die klassische „Hilfe zur Gesundheit“ nach dem SGB XII künftig nahezu bedeutungslos sein dürfte, da die Voraussetzungen für eine Versicherung aller Empfänger der verschiedenen Formen der Hilfe zum Lebensunterhalt in der gesetzlichen oder auch einer privaten Krankenversicherung geschaffen worden sind. Notwendig wäre hierbei allerdings eine Anhebung der Einkommens- und Vermögensgrenzen.

<sup>13</sup> „Die Transparenz von Qualität und Wirtschaftlichkeit muss verbessert werden. Außerdem gilt es, Prävention und Rehabilitation zu stärken. Diese ausgabenseitigen Reformen sind vorrangig erforderlich...“ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und

ist sicherzustellen, dass – wo nötig – eine individuelle Anpassung von Hilfsmitteln ohne Einschränkungen erfolgen kann. Es ist zu prüfen, ob Versicherte zumutbar auf gebrauchte Hilfsmittel verwiesen werden können, soweit sie dauerhaft auf ein Hilfsmittel angewiesen sind. Die Prüfung von Effizienzreserven hat die Überprüfung einzuschließen, ob Bagatellreparaturen (z.B. ein Wechsel defekter Reifen) in jedem Fall vom Sanitätsfachhandel vorgenommen werden müssen oder ob eine Beauftragung anderer Firmen hier nicht zu Kostensenkungen führen kann. Zudem ist zu prüfen, ob die Gewährung von Hilfsmitteln nicht auch im Rahmen von Persönlichen Budgets bzw. vergleichbaren Einmalzahlungen erfolgen kann; dies würde auch zu einer weiteren Verstärkung der Patientensouveränität beitragen. Eine etwaige Umstellung der Finanzierung, die in stärkerem Maße auf Festbeträge setzt, darf nicht zu systematischen Mehrbelastungen der Versicherten führen.

10. Zuzahlungen stellen mittlerweile nahezu einen „zweiten Krankenkassenbeitrag“ dar. Sie sind ursprünglich als ein Steuerungsinstrument eingeführt worden: die Inanspruchnahme nicht notwendiger Leistungen sollte durch die Belegung mit einer Zuzahlung nach Möglichkeit vermieden werden. Da die derzeitigen Zuzahlungen aufgrund ihrer Ausgestaltung eine Steuerungswirkung in vielen Fällen nicht mehr entfalten können (z.B. im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln), ist dieses System daraufhin zu überprüfen, ob es noch sinnvoll eingesetzt wird oder nur noch der ergänzenden Finanzierung dient. Im zuletzt genannten Fall ist eine Reformierung bzw. Abschaffung zu prüfen.
11. Der Sicherstellungsauftrag der Krankenhäuser ist zu überprüfen. Da es deutliche Hinweise darauf gibt, dass diese eine adäquate Hilfeleistung für Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen nicht sicherstellen können, ist die Sicherstellung dieser Leistungen durch andere Institutionen (Pflegedienste) zu prüfen und ggfls. zu ermöglichen. Die notwendigen Voraussetzungen in anderen Gesetzen (SGB XI, SGB XII) sind zu schaffen. Das Krankenhaus-Assistenzpflegebedarfs-Gesetz löst diese Probleme nur dann, wenn es alle Menschen einbezieht, die im Krankenhaus auf mehr als die übliche Pflege im Krankenhaus angewiesen sind; es ist ggfls. entsprechend zu ergänzen.

### 3) Mögliche Finanzierungsmodelle und ihre Bewertung

Besonders hervorgehoben werden von den Befürwortern des Gesundheitsprämien-Modells die positiven Auswirkungen auf den Beschäftigungsaufbau<sup>14</sup>. Ob in einem Staat, in dem die gesamte Bevölkerung krankenversichert ist, eine Abkopplung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung möglich ist, ist zu bezweifeln. Es steht vielmehr zu erwarten, dass Steigerungen der Prämien auf breiter Front zu höheren Lohnforderungen führen.<sup>15</sup> Krisenzeiten wie die derzeitige werden bei einem Gesundheitsprämien-System darüber hinaus wegen verringerter Einkommen der Arbeitnehmer durch einen erhöhten Finanzbedarf für die steuerfinanzierten Zuschüsse zu den Prämien gekennzeichnet sein. Wir erleben gerade, dass sich der Staat zur Abmilderung der Folgen dieser Krise massiv verschuldet; damit verringert sich zum einen seine (künftige) Handlungsfähigkeit und erhöht sich zum anderen die finanzielle Belastung künftiger Generationen. Diese Situation würde sich – wie gerade dargestellt – bei einem Gesundheitsprämien-System noch weiter verschärfen. Hinzu tritt die Begrenzung der Staatsverschuldung durch die so genannte „Schuldenbremse“ ab 2016 bzw. 2020. Vor diesem Hintergrund muss die Frage erlaubt sein und nach Möglichkeit einer Klärung zugeführt werden, ob ein solches Modell überhaupt als „krisenfest“ bezeichnet werden kann. Ein verlässlicher und krisenfester Mechanismus des sozialen Ausgleichs ist unabdingbare Voraussetzung für ein Krankenversicherungssystem. Da das Steueraufkommen ebenso wie die Verfügbarkeit von Arbeitnehmer-einkommen konjunkturabhängig ist, steht zu befürchten, dass in wirtschaftlichen Krisenzeiten der Staat durch die mit diesem Krankenversicherungsmodell übernommenen Ausgleichsverpflichtungen seines Handlungsspielraums noch weiter beraubt würde als dies heute bereits der Fall ist: er müsste bei wegbrechenden Steuereinnahmen seine diesbezüglichen Verpflichtungen entweder weiterhin erfüllen und würde hierdurch seines Handlungsspielraums bei der Erfüllung anderer Aufgaben beraubt, oder er könnte diese Verpflichtungen zurückführen und würde hierdurch bei den Bürgern an Vertrauen verlieren. Beides wäre für den gesellschaftlichen Zusammenhalt aller Voraussicht nach wenig förderlich.

---

<sup>14</sup> vgl. u.a. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 174 (4.3.2.5 Fazit)

<sup>15</sup> Da fast das gesamte Ausgabenvolumen der GKV gesetzlich festgelegt ist, wären alle Krankenkassen und damit auch alle Versicherten in ähnlichem Umfang von Ausgaben- und Prämiensteigerungen betroffen.

Neben den beiden in der breiten Öffentlichkeit diskutierten Modellen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie sind in dem Gutachten der so genannten „Rürup-Kommission“ im Rahmen von Minderheitenvoten noch weitere Finanzierungsvorschläge für eine Reform der GKV unterbreitet worden, unter anderem auch eines, das eine sehr weitgehende Nachhaltigkeit sichern soll. Dieses Modell sieht vor, dass sich der einkommensstärkere Teil der Bevölkerung privat gegen das Krankheitsrisiko absichern soll, während der einkommensschwächere Teil seine Gesundheitsleistungen aus einer steuerfinanzierten GKV erhält<sup>16</sup>. Dieses Modell würde den Großteil der chronisch kranken und behinderten Menschen dem steuerfinanzierten System zuweisen. Es ist davon auszugehen, dass sie kaum Einflussmöglichkeiten auf dieses System erhalten würden, da dieses gewissermaßen „fremdfinanziert“ ist. Diese „Rumpf-GKV“ müsste schon von ihrer Finanzierung her im Wesentlichen staatlich gelenkt daherkommen: Leistungsrahmen und -modalitäten müssten nahezu ausschließlich im Rahmen von Gesetzen bzw. Verordnungen geregelt werden, und die Finanzausstattung (und damit der Leistungsumfang) wäre extrem stark von konjunkturellen Schwankungen abhängig. Ein solches System würde aller Voraussicht nach einen Versichertenkreis extrem benachteiligen, der in besonderer Weise auf Gesundheitsleistungen und deren verlässliche Erbringung angewiesen ist. Es ist daher abzulehnen, selbst wenn es eine größtmögliche Nachhaltigkeit in der Finanzierung sicherstellen würde (der Nachweis hierfür scheint darüber hinaus nicht wirklich erbracht zu sein).

Denkbar ist allerdings ein Modell, in dem die grundlegenden und hohe Kosten verursachenden Gesundheitsrisiken<sup>17</sup> von einer Solidargemeinschaft abgesichert werden, während die Kosten für alltägliche Erkrankungen für alle verpflichtend durch eine zweite individualisierte Versicherung abzusichern wären. Die zweite Teil-Versicherung kann dabei auch über pauschale oder risikoäquivalente Prämien finanziert werden, da die Prämien deutlich niedriger liegen und die Risiken deutlich gleichmäßiger verteilt sein werden als in der heutigen GKV. Für Menschen mit geringem Einkommen sind ggfls. staatliche Hilfen vorzusehen, um ihnen eine Absicherung in diesem System zu ermöglichen.

---

<sup>16</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 176 f. (Minderheitenvotum von Claus-Michael Dill und Bernd Raffelhüschen)

<sup>17</sup> hierunter sind auch Behinderungen und chronische Erkrankungen sowie deren Folgen zu subsumieren

Das erwähnte Minderheitsvotum geht davon aus, dass eine Finanzierung der GKV durch ein Gesundheitsprämien-System eine (etwas) größere Nachhaltigkeit zu sichern vermag als eine Bürgerversicherung<sup>18</sup>. Im Vergleich zur Bürgerversicherung ist allerdings beim Gesundheitsprämien-Modell der soziale Ausgleich durch die Verlagerung ins Steuer-Transfer-System offenbar weniger sicher<sup>19</sup>. Dieser soziale Ausgleich erscheint wiederum aus der Sicht von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen besonders wichtig. Die Kommission hatte sich wegen des ihr erteilten Auftrags mit der Frage, inwieweit die Verlagerung des sozialen Ausgleichs ins Steuer-Transfer-System beim Gesundheitsprämien-Modell *tatsächlich* den sozialen Ausgleich in wirtschaftlichen Krisenzeiten weniger sicher macht, nicht zu befassen<sup>20</sup>; angesichts der Tatsache, dass sich Deutschland in der schwersten Wirtschaftskrise seit dem Ende der 1920-er Jahre befindet, wird eine solche Prüfung nachzuholen sein. Danach sollte eine Entscheidung für ein geeignetes Modell getroffen werden<sup>21</sup>.

Düsseldorf, den 04.01.2010

Spezieller Dank:

Mein spezieller Dank gilt Dr. Sven Drebes, Mainz, für seine konstruktive Kritik an und die damit verbundenen Anregungen zu diesem Papier.

---

<sup>18</sup> vgl. Fn 16

<sup>19</sup> vgl. Fn 14

<sup>20</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 23

<sup>21</sup> Das mit der Gesundheitsreform der Großen Koalition geschaffene Finanzierungssystem mit dem Gesundheitsfonds ist nur deshalb geschaffen worden, damit nach dem Ende dieser Koalition eines der beiden von den sie tragenden Parteien favorisierten Modelle (doch noch) installiert werden kann. Es erscheint daher ratsam, vor einer endgültigen Entscheidung für ein Finanzierungsmodell noch einmal sorgfältig alle offenen Fragen von unabhängigen Gutachtern klären zu lassen.

Der Autor:

Bernd Masmeier, Jahrgang 1951, ist Diplom-Pädagoge. Von 1978 bis 2001 war für den Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. als Referent in den Bereichen „Berufliche Rehabilitation“ und „Sozialrecht und Sozialpolitik“ tätig. Seither bezieht er eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit und ist ehrenamtlich in verschiedenen Gremien seines Wohnortes Düsseldorf aktiv. Er ist von Geburt an von einer spastischen Lähmung aller Gliedmaßen betroffen und auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen.