



Fragen und Antworten zur gesundheits- politischen Diskussion

Berlin, den 24. Juli 2001

Bundesministerium für Gesundheit

Am Propsthof 78 a
53121 Bonn
Pressereferat
Mohrenstr. 62
10117 Berlin

Telefon: (030) 20640/1307 +1308
oder 01888-441-1307 + 1308
Telefax: (030) 20640/4861 + 4860
oder 01888-441-4861 + 4860
E-Mail: pressestelle@bmg.bund.de
Internet: <http://www.bmggesundheit.de>

Stichworte alphabetisch

Arzneimittel: Nr. 17 - 29
Beitragsätze/Beitragsatzstabilität: Nr. 9, 13, 16
Beitragsbemessungsgrenze: Nr. 4
Chronisch Kranke: Nr. 34, 35
Datengrundlagen/Datenschutz: Nr. 44
Disease Management Programme: Nr. 34 - 38
DRG Diagnosis Related Groups: Nr. 31 - 33
E-Commerce: Nr. 28
Einnahmenverbesserung: Nr. 3, 12
Fallpauschalen: Nr. 31 - 33
Festbeträge: Nr. 29
Gesundheitsreform: Nr. 1 - 12, 14
Grund- und Wahlleistungen: Nr. 7
Internet-Apotheke: Nr. 28
Kanzleramtspapier: Nr. 14
Kohl-Regierung: Nr. 12, 16
Kollektivregress: Nr. 25
Krankenhaus: Nr. 30 - 33
Krankenkassenwahlrecht: Nr. 34, 40, 41
Leistungskatalog: Nr. 5, 6, 7
Lohnzusatzkosten: Nr. 13
Mehrwertsteuer: Nr. 27
Mindestbeitragsatz: Nr. 39
Naturheilmittel: Nr. 23
Ostdeutschland/ Wohnortprinzip: Nr. 15
Pflegeversicherung: Nr. 46 - 50
Positivliste: Nr. 17 - 24
Risikopool: Nr. 34
RSA Risikostrukturausgleich: Nr. 34, 42 - 44
Runder Tisch: Nr. 1
Sonderkündigungsrecht: Nr. 40
Versicherungsfremde Leistungen: Nr. 6
Verwaltungskosten: Nr. 45
Wettbewerb: Nr. 34 - 45

1. Warum gibt es keine große Gesundheitsreform? Warum macht die Bundesgesundheitsministerin anstelle der vielen einzelnen Gesetze nicht eine anständige Reform?

Eine große Gesundheitsreform kann weder sofort noch auf Dauer alle Probleme lösen. Vielmehr geht es darum, kontinuierlich an der Austarierung der verschiedenen Ziele zu arbeiten und auch den Fortschritt in der Medizin für die kranken Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Verschiedene Ziele konkurrieren miteinander, die im Gleichgewicht gehalten werden müssen: Beitragssatzstabilität/Qualität der Versorgung nach dem neusten Stand/Wirtschaftlichkeit/Solidarität/Eigenverantwortung. Deshalb arbeiten wir an der Lösung von aktuellen Problemen und haben außerdem mit der Ausgestaltung der Zukunft unserer solidarischen Krankenversicherung begonnen.

Zur Zukunft des Gesundheitswesens hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den „Runden Tisch“ einberufen. Der Teilnehmerkreis setzt sich aus Vorschlägen der Beteiligten im Gesundheitswesen zusammen und umfasst Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Krankenhäuser, der Apotheker, der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten, der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Versicherten und Patienten.

Im Dialog mit den Beteiligten sollen Lösungen für die mittel- und langfristigen Probleme im Gesundheitswesen erarbeitet werden. Patientenorientierung, Qualitätssicherung und Steuerung im Gesundheitswesen sind die Leitziele. Dazu werden die folgenden Themenbereiche bearbeitet:

- Modernisierung der Arznei- und Heilmittelversorgung
- Zukunft der Versorgung in Krankenhäusern
- Strategien zum Ausbau sektorübergreifender (integrierter) Versorgungsformen
- Weiterentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung unter Nutzung evidenzbasierter Medizin und Pflege (Leitlinien)
- Konzepte zur Stärkung der Prävention
- Zukunft der ambulanten Versorgung.

Es sind Arbeitsgruppen gebildet worden, die weitere Verbände und Sachverständige einbeziehen können. Diese werden dem „Runden Tisch“ Lösungsvorschläge in Form von Thesen unterbreiten. Das vom Bundesministerium für Gesundheit beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Auftrag gegebene Gutachten zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen ist eine weitere Grundlage für die Arbeit des „Runden Tisches“. Es wird Ende August vorliegen.

Erreicht werden soll, dass die Bürgerinnen und Bürger vor der Wahl wissen, wie die Zukunft unseres Gesundheitswesens aussehen soll. Die Beteiligten im Gesundheitswesen, insbesondere die Versicherten und die Patientinnen und Patienten, müssen sicher sein, dass sie auf die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bauen können. Eine im Konsens erarbeitete Modernisierung dieser solidarischen Versicherungen schafft Vertrauen und ermöglicht eine kooperative Zusammenarbeit.

Der „Runde Tisch“ ist die adäquate Antwort auf die vielfältige selbstverwaltete Struktur des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn hier arbeiten eine Vielzahl von Akteuren und gibt es unterschiedliche Verantwortlichkeiten (Bund, Länder, Kommunen, Selbstverwaltung). Veränderungen brauchen hier erst recht Zeit und sie können nur im Miteinander gelingen.

2. Warum werden nicht einzelne Vorhaben vorgezogen?

Die aktuellen Vorhaben werden zügig umgesetzt. Im Vorfeld der Verabschiedung der Gesetze werden von der Selbstverwaltung bereits entsprechende Maßnahmen ergriffen, z.B. zur Kostensteuerung im Arzneimittelbereich (s. Nr. 25, 26, 29) und mit der Einführung von gezielten Programmen zur besseren Behandlung chronisch kranker Menschen (Disease Management Programme; s. Nr. 34, 35). Was unser Gesundheitswesen auf keinen Fall braucht, sind Schnellschüsse.

3. Brauchen die gesetzlichen Krankenkassen mehr Einnahmen?

Nein. Nur in den USA wird für die Gesundheitsversorgung mehr Geld ausgegeben als in Deutschland, obwohl dort der Krankenversicherungsschutz schlechter ist als

bei uns. Zwar ist es richtig, dass die Anforderungen an die gesetzliche Krankenversicherung durch die Fortschritte in der Medizin und einen erhöhten Bedarf insbesondere durch die Zunahme von chronischen Krankheiten und wegen der veränderten Altersstruktur zugenommen haben. Aber deshalb sind auch die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von rd. 180 Milliarden Mark 1991 auf über 260 Milliarden Mark im Jahr 2000 gewachsen. Sie werden auch weiterhin bei stabilen Beitragssätzen zunehmen können, weil die Einnahmen der Krankenkassen mit der Erhöhung der Löhne und Gehälter auch in Zukunft steigen werden. Darüber hinaus haben die Krankenkassen seit April 1999 weitere Einnahmen durch die Beiträge für geringfügig Beschäftigte erhalten.

Seit Jahren werden die ineffizienten Strukturen im Gesundheitswesen beklagt. Im internationalen Vergleich liegen wir mit unseren Ausgaben mit an der Spitze, im Leistungsvergleich belegen wir aber nur einen Mittelplatz. Die notwendigen Veränderungen erreichen wir nicht mit der Erhöhung der Einnahmen. Das hieße, Wasser in den Bodensee zu schütten. Deshalb müssen zunächst die Fehl- und Überversorgungen beseitigt - und auch vorhandene Unterversorgungen korrigiert werden. Dazu wird der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Ende August ein Gutachten vorlegen. Die aktuellen Gesetzesinitiativen tragen zur Kostensteuerung bei wie z.B. im Arzneimittelbereich und im Krankenhaus. Hinzu kommen die Maßnahmen aus der Gesundheitsreform, die noch in der Umsetzung sind wie z.B. der Ausbau der Prävention, die Steigerung der Qualität der Versorgung, der effizientere Mitteleinsatz. Und dies alles bei Beibehaltung des Prinzips der Solidarität.

4. Warum wird nicht die Beitragsbemessungsgrenze erhöht und warum werden nicht sonstige Einkünfte zur Beitragszahlung herangezogen? (s. Nr. 3)

5. Warum wird nicht der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige begrenzt?

Das ist längst geschehen. Das Fünfte Sozialgesetzbuch verpflichtet die gesetzliche Krankenversicherung darauf, dass alle Leistungen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein müssen und "das Maß des Notwendigen nicht überschreiten"

dürfen. "Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden ständig überprüft, weil es neue Entwicklungen bei den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gibt. Dies ist eine Aufgabe der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Mit der Gesundheitsreform ist auch für die Krankenhäuser ein Gremium gebildet worden, das die im Rahmen von Krankenhausbehandlungen erbrachten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden überprüft.

Die finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen nicht durch den Leistungskatalog, sondern durch medizinisch nicht begründete Ausweitungen der Menge von erbrachten Leistungen. Leistungen werden aber häufig erbracht, ohne dass eine Indikation dafür vorliegt. Das ist ein Problem, nicht der Leistungskatalog.

6. Warum werden versicherungsfremde Leistungen nicht ausgegliedert?

Es gibt keine allgemein gültige Definition oder eine Übereinkunft darüber, was versicherungsfremde Leistungen überhaupt sind. Darunter wird häufig das Mutterschaftsgeld verstanden, andere wieder zählen Leistungen der Fortpflanzungsmedizin oder sogar die beitragsfreie Versicherung von nichterwerbstätigen Familienangehörigen dazu. Im übrigen ist Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden, Jungen und Alten, Alleinstehenden und Familien ein entscheidendes Gestaltungsmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb gibt es die beitragsfreie Familienversicherung von nichterwerbstätigen Ehegatten und Kindern. Wer solche Leistungen als versicherungsfremd herausnehmen will, würde die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend beeinträchtigen. Das Bundesverfassungsgericht hat zudem eine deutliche Besserstellung der Familien in der Sozialversicherung gefordert, was eine Herausnahme solcher familienpolitischer Leistungen erst recht verbietet.

7. Ist die Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen ein Heilmittel für die gesetzliche Krankenversicherung?

Die gesetzliche Krankenversicherung steht nicht vor dem Zusammenbruch. Vielmehr gibt es Probleme, zu deren Lösung eine Reihe von Gesetzesinitiativen auf den Weg gebracht worden sind. Die Aufteilung der gesetzlichen Krankenversicherung in Grund- und Wahlleistungen ist kein konstruktiver Vorschlag.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stehen bereits jetzt unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Sie „müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ (§ 12 SGB V). Das heißt doch ganz klar, dass es den angeblich so üppigen Leistungskatalog gar nicht gibt. Es gibt überhaupt keinen starren Leistungskatalog. Vielmehr bedürfen die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der laufenden Anpassung an den Stand des Wissens. Schließlich gibt es Fortschritte in der Medizin, die den gesetzlich Versicherten zugute kommen sollen. Welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten Praxis und im Krankenhaus medizinisch sinnvoll sind und von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, wird von gemeinsamen Ausschüssen von Ärzten und Krankenkassen entschieden. Ganz eindeutig muss die gesetzliche Krankenversicherung mehr als eine Notversorgung sein, die nur noch bei akuter Lebensgefahr in Anspruch genommen werden kann.

Die meisten Befürworter der Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen vermeiden eine Konkretisierung. Die Vorschläge wechseln, mal wird die Psychotherapie genannt, mal sollen es die vorsorgenden Gesundheitsuntersuchungen oder die Kuren sein, mal werden die künstliche Befruchtung und der Schwangerschaftsabbruch aufgeführt oder der Zahnersatz oder kosmetische Operationen.

Wer an Psychotherapie oder Gesundheitsvorsorge sparen will, wird schnell feststellen müssen, dass die Ausgaben dann erst recht steigen werden. Wir haben in der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung ein Defizit, das unser Gesundheitswesen nach Expertenmeinung um 25 - 30 Prozent verteuert. Wer dieses Defizit

vergrößert, verursacht weitere Verteuerungen. Psychotherapie auszugrenzen ist eine Milchmädchenrechnung. Psyche und Körper bilden eine Einheit, unbehandelte psychische Probleme führen zu dem bekannten Drehtür-Effekt, dass die damit zusammenhängenden körperlichen Symptome nicht geheilt werden und die Menschen von einem Arzt zum anderen wandern. Dieses erfolglose Kurieren an Symptomen wird für die gesetzliche Krankenversicherung teurer. Und welche menschenverachtende Ansicht steht dahinter, hilfebedürftigen Menschen die Hilfe zu verweigern.

Mit dem Begriff der „Kur“ wird immer noch beschrieben, was sich längst zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation entwickelt hat. Auch hier rechnet sich eine Ausgrenzung nicht, denn was an Vorsorge oder Rehabilitation unterbleibt, verschlimmert vorhandene Leiden, die später zu höheren Kosten behandelt werden müssen, dann aber nicht mit demselben Erfolg für die Patientinnen und Patienten. Kosmetische Operationen sind nur dann Leistungen, wenn sie für die Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich sind, also z.B. für Frauen nach Brustamputationen oder bei Unfallopfern.

Zahnersatz ausgrenzen, heißt zum „Kassen-Gebiss“ Gott sei dank überwundener Zeiten zurückkehren. Oder sollen bei Kindern keine Zahnkorrekturen z.B. durch das Tragen von Zahnspangen mehr vorgenommen werden mit der Folge, dass ein Leben lang Fehlstellungen die Gesundheit beeinträchtigen?

Entweder ist eine Wahlleistung notwendig, dann darf sie nicht ausgegrenzt werden, denn das wäre Zwei-Klassen-Medizin oder sie ist es nicht, dann besteht auch keine Veranlassung, den Menschen zu raten, sich dafür zu versichern.

Im Unterschied zur privaten Krankenversicherung ist die Solidarität Gestaltungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer diese Solidarität nicht will, kann auch gleich sagen, dass alle sich privat versichern sollten. Auch das käme uns alle teurer zu stehen. Die gesetzliche Krankenversicherung verhindert Ausgrenzungen, weil die finanziellen Mittel des einen oder der anderen nicht reichen. Wenn aber jemand aus eigener Kraft nicht in der Lage ist, das Notwendige zu erhalten, dann besteht ein Rechtsanspruch auf Sozialhilfe. Diese Ausgaben zahlen wir alle über die Steuern und Abgaben.

Von allen diesen Überlegungen abgesehen, sind solche Gedankenspiele der falsche Weg, weil sie von den notwendigen strukturellen Veränderungen ablenken. Wir ha-

ben enorme Defizite in der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die Fachwelt ist sich einig, dass unser hohes Ausgabenniveau nicht die Effizienz erreicht, die andere vergleichbare Staaten mit weniger Aufwendungen erzielen. Und damit sind wir dann endlich an dem Punkt angelangt, um den sich die Debatte drehen muss. Die entscheidende Frage ist doch: Was brauchen die Menschen, um gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder ihre Schmerzen zu lindern? Unser System hat Unterversorgungen ebenso wie Überversorgungen und die Fehlleitung von Finanzen. Darüber wird der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ein Gutachten vorlegen. Darum müssen wir uns kümmern und nicht darum, wie wir Leistungen kürzen oder wie wir mehr Geld ins System bringen. Das ist wie Wasser in den Bodensee schütten und ändert an den falschen Strukturen nichts.

8. Warum wird hier in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht so gehandelt wie bei der Rentenreform?

In der Rentenversicherung ist es möglich, sich in jungen Jahren darauf einzurichten, welchen Lebensstandard man im Rentenalter haben will und sich entsprechend z.B. durch die staatlich geförderte private Vorsorge eine Zusatzrente aufbauen. Krankheiten und ihr finanzieller Bedarf sind aber nicht zu prognostizieren. Deshalb kann die gesetzliche Krankenversicherung nicht nach dem gleichen Muster umgestaltet werden.

9. Warum gibt es keine Wahltarife?

Wahltarife bedeuten, dass Versicherte wählen können sollen, ob sie etwa 500,- oder 1.000,- DM zunächst aus eigener Tasche für medizinische Versorgung selbst zahlen, um dafür einen möglicherweise niedrigeren Beitragssatz zu haben. Wie soll das in der Praxis funktionieren? Heute ist ein Mensch gesund und meint, sich einen Selbstbehalt leisten zu können. Dann wird er krank und hat das notwendige Geld nicht. Dann müssen wir alle dafür aufkommen, weil er über die Sozialhilfe versorgt werden muss.

10. Kann die Schweiz für uns ein Vorbild sein?

Auch die Schweiz muss sich dem Problem der steigenden Ausgaben stellen. Wichtig ist, durchgängig die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu sichern. Das ist in erster Linie eine Aufgabe der Ärzte und der Krankenkassen.

11. Warum gibt es keine Kostenerstattung?

Die gesetzliche Krankenversicherung hat zu Recht die Sachleistung als Gestaltungsprinzip, denn Kostenerstattung heißt, dass die Patientinnen und Patienten zunächst einmal in Vorlage gehen müssen. Das funktioniert noch nicht einmal bei der Privaten Krankenversicherung. Auch diese übernimmt hohe Kosten im Voraus wie z.B. bei Krankenhausbehandlungen. Wir wollen das Sachleistungsprinzip erhalten. Aber wir wollen auch, dass die Patientinnen und Patienten unterrichtet werden über die für sie erbrachten Leistungen. Dazu wird jetzt ein Modellversuch in Rheinland-Pfalz begonnen.

12. Ist die Politik an der schwierigen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung Schuld?

Von den Krankenkassen wird der Politik vorgeworfen, die schwierige Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung sei fast ausschließlich durch gesetzliche Maßnahmen verursacht. Dem kann nicht gefolgt werden.

Im Kern ergibt sich aus Maßnahmen des Gesetzgebers, einschließlich der Absenkung der Beiträge für Empfänger von Arbeitslosenhilfe ab 2001, die ab dem Jahr 2001 für die gesetzliche Krankenversicherung finanzwirksam werden, eine Belastung in einer Größenordnung von ca. 2 - 3 Mrd. DM, d. h. rd. 1 Prozent des Ausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Mehrbelastungen sind zum erheblichen Teil Folgen von Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes wie insbesondere die Entscheidung zur Berücksichtigung von Einmalzahlungen bei der Bemessung des Krankengeldes. Den hierdurch bedingten Mehrausgaben beim

Krankengeld stehen allerdings auch mehr Einnahmen durch die Berücksichtigung der Einmalzahlungen bei Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld gegenüber. Hinzu kommt, dass die Bundesregierung mit der Regelung der Einmalzahlungen eine nichtverfassungskonforme Regelung der Kohl-Regierung korrigieren musste.

Die von Kassen ebenfalls angeführte vorgenommene Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlagen für sämtliche Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz und gleichzeitige Anhebung der Beiträge aus Krankengeld an Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ab dem Jahr 95 mit einem Finanzvolumen von über 5 Mrd. DM, wurde durch Beitragssatzanhebungen in der letzten Legislaturperiode mehr als ausgeglichen. Dies kann daher nicht als Begründung für die aktuellen Beitragssatzveränderungen herhalten.

Weiter werden die Absenkung der Zuzahlungen für Arzneimittel und die Verbesserungen der Zuzahlungsbefreiungen sowie weitere mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und der GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgenommenen Leistungsverbesserungen als Ursache für Finanzschwierigkeiten heute genannt. Diese Verbesserungen - die im übrigen dringend nötig waren, um die Solidarität wieder herzustellen - sind durch die Beitragseinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen solide gegenfinanziert. Diese Beiträge bringen der gesetzlichen Krankenversicherung für ausschließlich geringfügig Beschäftigte und geringfügig Nebenbeschäftigte insgesamt Mehreinnahmen von bis zu 3 Mrd. DM, das sind rd. 1 Mrd. DM mehr als der Gesetzgeber im Jahr 99 erwartet hat.

Eine wesentliche Ursache für die finanziellen Schwierigkeiten bestimmter Krankenkassen ist die Risikoentmischung, weil junge, gesunde und meist gut verdienende Versicherte sich in Kassen mit günstigen Beitragssätzen sammeln. Dies verringert das Beitragsaufkommen und summiert die Ausgaben in den Kassen, die ohnehin schon höhere Beitragssätze haben. Dies wird mit der Änderung des Kassenwahlrechts und der Neuordnung des Risikostrukturausgleichs von uns dahingehend korrigiert, dass sich in Zukunft die Versorgung von kranken Menschen für Krankenkassen lohnt (s. Nr. 34)

13. Gefährdet die gesetzliche Krankenversicherung das Ziel, die Lohnnebenkosten zu senken? Was wird aus der Beitragssatzstabilität?

Wir halten fest am Ziel der Beitragssatzstabilität. In unserer Regierungszeit sind die Beitragssätze von 13,6 Prozent auf 13,5 Prozent (Stand 01.06.01) d. h. um 0,1 Beitragssatzpunkte gesunken. Jetzt haben wir mit den zum 01.07.01 erfolgten Beitragssatzanhebungen westdeutscher Regionalkassen bundesweit eine Steigerung um 0,09 Prozent. Damit wird die Senkung der Lohnnebenkosten, die wir uns zum Ziel gesetzt haben, nicht konterkariert. Wir hatten bei Regierungsantritt eine Quote der Sozialversicherungsabgaben von 42,1 Prozent und liegen derzeit bei 40,8 Prozent. Von 1991 bis 1998 sind die Beitragssätze von 12,3 Prozent auf 13,6 Prozent gestiegen, obwohl das Seehofer-Beitragssatzentlastungsgesetz (zum 01.01.97) eine Absenkung um 0,4 Prozent erzwungen hat. Rechnet man die Leistungsausgrenzungen und die Erhöhung der finanziellen Eigenleistungen zu Lasten der Patientinnen und Patienten der Seehoferschen Spargesetze ein, so entspricht dies einer weiteren Mehrbelastung von ca. 0,5 Beitragssatzpunkten. (s. Nr. 16).

Beitragssatzstabilität heißt: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung können in dem Maße wachsen wie die Löhne und Gehälter. Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung verläuft im ambulanten und stationären Bereich unterhalb des Grundlohnanstiegs. Zur Kostenbegrenzung im Arzneimittelbereich werden neue wirkungsvolle Instrumente zur Kostensteuerung eingeführt (s. Nr. 25, 26, 29).

Trotz der Leistungsverbesserungen und Zuzahlungsabsenkungen ist es gelungen, auch durch die Einbeziehung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse in die Beitragspflicht, das Beitragssatzniveau stabil zu halten. In der GKV-Ost konnte der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der Anfang 1998 ein Rekordniveau von rd. 14 % erreicht hatte, bis Juni 2001 auf 13,65 % gesenkt werden. Der Abstand zwischen dem Beitragssatzniveau im Westen und dem im Osten konnte von 0,4 auf unter 0,2 Beitragssatzpunkte abgebaut werden.

Die einzelnen Beitragssätze von Krankenkassen unterscheiden sich vom Durchschnittswert und werden jeweils von der Kasse autonom festgelegt.

14. Wird die Gesundheitspolitik jetzt im Kanzleramt gemacht?

Nein. Nach wie vor ist die Gesundheitspolitik Aufgabe der Bundesgesundheitsministerin. Das angebliche Strategiepapier des Bundeskanzleramtes gibt es nicht. Das ohne Auftrag gestreute Papier aus dem Kanzleramt ist eine unverbindliche Zusammenstellung von einschlägig bekannten Diskussionsbeiträgen ohne jegliche Wertung oder gar Handlungsempfehlung.

15. Was tun wir für den Osten?

Ostdeutschland braucht nach wie vor unsere Solidarität. Durch das Finanzausgleichsgesetz und den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich sind die ostdeutschen Kassen stabilisiert worden. Nun geht es mit dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen um ein weiteres Stück Gerechtigkeit. Dieses Gesetz soll die Nachteile für Ärztinnen und Ärzte in Ostdeutschland abbauen, die mit dem bisherigen Verfahren der Honorarvereinbarungen bei den bundesweiten Betriebskrankenkassen verbunden sind. Damit stehen mehr Mittel zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in Ostdeutschland zur Verfügung. Zudem können die Vertragspartner auf Seiten der Ärzte und Krankenkassen die Verträge zur ärztlichen Versorgung auch für die Versicherten dieser Krankenkassen künftig entsprechend den spezifischen Erfordernissen vor Ort ausgestalten und weiterentwickeln.

Auch wird in der Gebührenordnung für Ärzte ein weiterer Anpassungsschritt vorgenommen. Eine entsprechende Gebührenanpassungsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums, die eine Erhöhung des Vergütungsniveaus für privat(zahn)ärztliche Leistungen in den Ostdeutschland von derzeit 86 v.H. auf 90 v.H. der westdeutschen Gebührensätze ab dem 1. Januar 2002 vorsieht, ist am 27. Juni 2001 vom Bundeskabinett gebilligt worden. Die Verordnung bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates.

16. Was hat uns die Kohl-Regierung hinterlassen?

Die Kohl-Regierung ist nicht zuletzt wegen ihrer unsolidarischen Gesundheitspolitik von den Menschen abgewählt worden. Das Vertrauen in die Solidarität und in die Qualität unserer Gesundheitsversorgung war bei unserer Regierungsübernahme zu tiefst gestört. Deshalb war und ist es unsere Aufgabe, diese wieder herzustellen.

Mit dem ersten GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG) vom 23. Juli 1997 wurde folgende Regelung verankert: Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so erhöhen sich die von Versicherten dieser Krankenkasse zu leistenden Zuzahlungen je 0,1 Beitragssatzpunkte um 1 DM bzw. um 1 Prozentpunkt bei prozentualen Zuzahlungen. Dies hätte z.B. bei der AOK Bayern, deren Beitragssatz heute um 0,5 Beitragssatzpunkte über dem von 1997 liegt, zu folgenden Belastungen geführt:

Arzneimittelzuzahlung 14, 16, 18 DM (statt wie heute 8, 9, 10 DM)

Krankenhausbehandlung 22 DM (statt 17 DM) pro Tag für max. 14 Tage

Stationäre Rehabilitation 30 DM (statt 17 DM)

Fahrkosten 30 DM (statt 25 DM) je Fahrt

Heilmittel 20 Prozent (statt 15 Prozent)

bestimmte Hilfsmittel wie Bandagen etc. 25 Prozent (statt 20 Prozent)

Zahnersatz mit Berücksichtigung des Bonus für regelmäßige Prävention 45 Prozent (statt 40 Prozent).

Mit dem Beitragssatzentlastungsgesetz wurden die Zuzahlungen erhöht, Leistungen ausgegrenzt wie Zahnersatz oder eingeschränkt wie Kuren.

Die Kohl-Regierung war auch die Erfinderin des Krankenhaus-Notopfers, mit dem die Versicherten zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen zur Kasse gebeten wurden.

Und obendrein stiegen auch noch die Beitragssätze (s. Nr. 13)

Arzneimittel/Positivliste

17. Warum haben wir die Positivliste immer noch nicht und warum kommt sie denn nicht wenigstens im nächsten Jahr?

Die sogenannte Positivliste (Liste der verordnungsfähigen Arzneimittel aufgeführt als Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen) wird als Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die Bundesregierung legt großen Wert darauf, dass die Positivliste sorgfältig vorbereitet und intensiv in der Fachwelt erörtert wird. In einem ersten Schritt bereitet das Institut für die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Vorschlag vor, den es an das Bundesministerium für Gesundheit übergibt.

Zur Erarbeitung der Positivliste wurde ein Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit gegründet. Es besteht aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle. Die Kommission setzt sich aus unabhängigen Wissenschaftlern zusammen, wozu auch Vertreter der alternativen Medizin gehören. Dadurch wird gewährleistet, dass auch Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen geprüft und in eine Liste aufgenommen werden können. Auch Patientenorganisationen werden an der Erarbeitung beteiligt. Sie haben Anhörungsrechte und können als weitere Sachverständige herangezogen werden. Weiter ist einer der drei ärztlichen Sachverständigen zur Erarbeitung der Liste ein Hausarzt, damit auch die Praxisbelange der Hausärzte hinreichend berücksichtigt werden.

18. Was sieht das Gesetz für einen Zeitplan für die Positivliste vor?

Der Entwurf der Vorschlagsliste zur Positivliste ist am 29.06. von einem unabhängigen Institut beschlossen worden. Das Institut wird jetzt in den nächsten Monaten Anhörungen mit den Betroffenen durchführen. Deren Stellungnahmen werden dann ausgewertet. Danach kann Ende des Jahres die Vorschlagsliste dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben werden. Erst dann kann die Ressortabstimmung

erfolgen und die Liste dem Bundesrat zugeleitet werden. Insofern wird die Positivliste so zügig umgesetzt, wie es nach den Regeln der Gesetzgebung möglich ist.

19. Was wird die Positivliste in der Arzneimittelversorgung bewirken?

Die Positivliste soll alle Arzneimittel enthalten, die bei behandlungspflichtigen Gesundheitsstörungen und Krankheiten wirksam und zweckmäßig einsetzbar sind. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ausschließlich für diese Arzneimittel aufkommen. Die Positivliste gibt dem einzelnen Arzt ein wirksames Instrument zur rationalen Arzneimitteltherapie an die Hand.

20. Erhalten die Patientinnen und Patienten durch die Positivliste ihre Medikamente nicht mehr? Kommt mit der Positivliste die Zwei-Klassen-Medizin?

Die Positivliste wird alle Medikamente enthalten, die für eine notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sinnvoll sind. Deshalb wird den Ärztinnen und Ärzten auch in Zukunft ein hinreichend großes Arzneimittelangebot zur Verfügung stehen, um die verschiedenen Krankheiten mit Arzneimitteln therapieren zu können. Hauptziel ist die Verbesserung der Arzneimitteltherapie. Nur zweckmäßige Arzneimittel mit nachgewiesenem therapeutischen Nutzen dürfen künftig von den Krankenkassen bezahlt werden. Gleichzeitig schafft die Positivliste Übersichtlichkeit im Arzneimittelmarkt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

21. Was wird durch die Positivliste gespart?

Mögliche Einsparpotenziale der Positivliste sind derzeit nicht absehbar. Vorrangig dient die Positivliste der Qualität der Arzneimittelverschreibung und der Transparenz des Angebotes für Ärztinnen und Ärzte.

22. Werden neue Medikamente den Versicherten mit der Positivliste noch zur Verfügung stehen?

Alle notwendigen und qualitativ gesicherten Arzneimittel werden auf der Positivliste stehen. Dies gilt natürlich auch für neue Arzneimittel. Das Gesetz trifft Vorsorge dafür, dass neu zugelassene Arzneimittel unverzüglich in die Positivliste aufgenommen werden können und damit den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

23. Was wird aus den Naturheilmitteln, wenn die Positivliste kommt?

Alternative Arzneimittel wie homöopathische, anthroposophische und pflanzliche (Phytopharmaka) Medikamente haben für die Patientinnen und Patienten, aber auch für Ärztinnen und Ärzte ihren Nutzen erwiesen. Deshalb sichert die Positivliste auch die Therapie mit alternativen Arzneimitteln und führt diese in einer gesonderten Liste auf. Auch für diese muss aber der therapeutische Nutzen hinreichend belegt sein.

24. Bedeutet die Positivliste den Verlust von Arbeitsplätzen in der Arzneimittelindustrie?

Die Positivliste stellt eine qualitativ gesicherte Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln sicher. Ist ein bisher verordnetes Medikament nicht in der Positivliste enthalten, so dürfte in vielen Fällen statt dessen ein Arzneimittel mit gesichertem therapeutischen Nutzen verordnet werden, das auf der Positivliste steht. Dies führt zwar zu Verschiebungen im Arzneimittelmarkt, insgesamt aber nicht zu einer arbeitsplatzrelevanten Schrumpfung des Volumens.

Der Arzneimittelmarkt ist wesentlich umfangreicher als die gesetzliche Krankenversicherung an Leistungen im Arzneimittelbereich beinhaltet. Schon heute werden längst nicht alle Arzneimittel von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt (z.B. Negativliste, Arzneimittel-Richtlinien). Hinzu kommt die Selbstmedikation. Dabei handelt es sich um Arzneimittel (in der Regel für geringfügige Gesundheitsstörungen), die nur von der Apotheke abgegeben werden dürfen, aber selbst bezahlt werden müs-

sen. Darüber hinaus gibt es Mittel, die nicht apothekenpflichtig sind und auch in Drogerien und Supermärkten verkauft werden wie Vitamine, Mineralstoffe und Tees.

25. Warum wurden vorschnell das Budget und der Kollektivregress abgeschafft?

Von einer vorschnellen Abschaffung des Budgets bzw. des Kollektivregresses kann keine Rede sein. Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf für eine Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets beschlossen und in die parlamentarische Beratung eingeführt. Das Gesetz soll am 31. Dezember dieses Jahres in Kraft treten. Das bei manchen immer noch gepriesene Instrument der Arzneimittelbudgets und der damit verbundene kollektive Regress für Ärztinnen und Ärzte ist unwirksam und wird deshalb durch konkrete Vereinbarungen abgelöst. Zur Erinnerung: Unter Seehofer stiegen die Arzneimittelausgaben von rd. 27,5 Mrd. DM (1993) auf rd. 33,6 Mrd. DM (1998). Dies entspricht einem Zuwachs von rd. 22 Prozent. Berücksichtigt man den Anstieg des Zuzahlungsvolumens um 3 Mrd. DM, so ergibt sich sogar ein Zuwachs von rd. 33 Prozent trotz Budget und Kollektivregress.

Die Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen beginnt bereits jetzt, auf regionaler Ebene Versorgungsziele und Wirtschaftlichkeitsziele verbindlich zu machen. Gleichzeitig erhalten die einzelnen Ärztinnen und Ärzte konkrete Beratung und Information, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Die ersten Vereinbarungen gibt es bereits in Berlin und in Nordrhein.

Die geplanten Neuregelungen dienen nunmehr dazu, eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Optimierung der Steuerungsinstrumente zu erreichen und zugleich die Akzeptanz bei den Beteiligten zu erhöhen. Die Ärztinnen und Ärzte werden dabei nicht aus ihrer Verantwortung entlassen. Zukünftig sollen jede Kassenärztliche Vereinigung und die jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen eine Arzneimittelvereinbarung treffen, die prospektiv ein Ausgabenvolumen und zugleich Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele sowie darauf ausgerichtete Maßnahmen festlegt. Überschreitungen der Ausgabenvolumen müssen Gegenstand der Verhandlungen über die Gesamtverträge werden.

Die gesetzlichen Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Grundlage von Richtgrößen, die beim einzelnen Arzt im Falle der Überschreitung von Richtgrößenvolumen durchgeführt werden, werden konkretisiert und praxisgerechter ausgestaltet. Z.B. bestimmen die Beteiligten, welche Grenzwerte ein Prüfverfahren auslösen und welche Folgen eine Überschreitung haben wird. Die Effektivität dieser Prüfungen wird massiv gesteigert. Wer sich unwirtschaftlich und therapeutisch fragwürdig verhält, muss mit einem Prüfungsverfahren und ggf. mit einer individuellen Rückzahlung rechnen.

26. Was werden die bereits getroffenen Vereinbarungen zur Arzneimittelverordnung in der Praxis bewirken?

Die geplante Ablösung des Arzneimittelbudgets inkl. des Kollektivregresses kann nur dann Akzeptanz finden, wenn die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelausgaben auch schon für dieses Jahr unter Beweis gestellt werden. Einer unkontrollierten Ausgabenentwicklung muss durch konkrete Anstrengungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen begegnet werden. Dies soll auf der Basis einer zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen Mitte Juni vereinbarten Bundesempfehlung geschehen, die auch schon wesentliche Elemente des Gesetzentwurfs anwendet. Z.B. werden über Zielvereinbarungen Benchmarks für den Einsatz von Generika und Reimport-Arzneimittel fixiert. Besondere Informations- und Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte unterstützen diesen Steuerungsprozess.

Dass dies funktionieren kann, haben die KV und die AOK in Berlin gerade bewiesen. Sie haben sich auf einen Vertrag verständigt, mit dem die Beteiligten gemeinsam die Ausgaben für Arzneimittel dämpfen und zugleich die Qualität der Versorgung verbessern wollen. Die Vereinbarung sieht neben der Intensivierung der gezielten Information und Beratung der Vertragsärzte eine Bonuszahlung an die KV Berlin vor, wenn die Ausgaben der AOK Berlin für Arzneimittel in diesem Jahr das Ausgabenniveau des Jahres 2000 nicht überschreiten. Nach Angaben der AOK Berlin gibt es allein bei den 14 umsatzstärksten Arzneimitteln für Versicherte der AOK Berlin ein

Einsparpotential von mindestens 7,2 Millionen DM - nur für das erste Quartal 2001 gerechnet.

Mit solchen Vereinbarungen können die Arzneimittelausgaben in diesem Jahr auf ein bedarfsgerechtes Maß zurückgeführt werden. Weitere Vereinbarungen sind in Arbeit. Inzwischen hat auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Vereinbarung mit dem Ziel getroffen, die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu optimieren.

27. Warum wird die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel nicht abgesenkt?

Das ist kurzfristig nicht zu machen, weil dann den Haushalten in Bund und Ländern Geld fehlen würde. Auch ist die Frage zu klären, ob eine solche Absenkung nur für die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt möglich ist. Am „Runden Tisch“ ist die Frage, wie künftig die Arzneimittelversorgung gestaltet werden soll, ein Arbeitsauftrag. Die Überprüfung von Mehrwertsteuerbelastung, Preisspannenverordnung und auch des Bezugs von Arzneimitteln im Internet gehören dazu.

28. Warum gibt es die Internet-Apotheke bei uns nicht?

E-Commerce mit Arzneimitteln und Medizinprodukten einschließlich deren Versand ist in einigen Staaten im Europäischen Wirtschaftsraum (UK, NL, DK) und darüber hinaus auch in anderen Staaten (USA, CH und andere Staaten mit geringerem Sicherheitsniveau) rechtlich möglich und Realität. Auch in Deutschland ist der E-Commerce einschließlich Versand von nichtapothekenpflichtigen Arzneimitteln und Medizinprodukten im Gegensatz zu apothekenpflichtigen Arzneimitteln in Verbindung mit E-Commerce rechtlich zulässig. Da in Deutschland der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln verboten ist, kann es dafür zur Zeit keine Internet-Apotheken geben. Jedoch müssen wir uns der europäischen und weltweiten Realität stellen und im Interesse des Schutzes des Verbrauchers Lösungen suchen. Bei den Überlegungen wird dem Verbraucherschutz ebenso wie der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (flächendeckend zu jeder Zeit, mit allen notwendigen Arzneimitteln) und Medizinprodukten die höchste Priorität eingeräumt.

Es gibt gute Gründe, weshalb sich Bürgerinnen und Bürger per E-Commerce Arzneimittel besorgen möchten. Der „mündige“ Bürger sollte und kann an der Nutzung von E-Commerce nicht gehindert werden. Er muss aber darüber informiert werden, welche Risiken er eingeht, wenn er über E-Commerce Arzneimittel bestellt.

Im Bundesministerium für Gesundheit werden zur Zeit die Erkenntnisse und Erfahrungen aus Deutschland und anderen Staaten ausgewertet, um auf dieser Basis eine Konzeption für deutsche und europäische Regelungen nach den oben genannten Grundsätzen zu entwickeln.

Diese Konzeption kann nicht auf Deutschland alleine ausgerichtet sein, sie muss den europäischen Bereich und letztendlich auch den weltweiten E-Commerce einbeziehen. Deshalb wird das Bundesministerium für Gesundheit auch auf die EU-Kommission zugehen und diese auffordern, mit den anderen Staaten durch Erhöhung der Sicherheitsanforderungen an den E-Commerce mit Arzneimitteln und Medizinprodukten in Europa auch die deutschen Bürgerinnen und Bürger zu schützen. Es werden Anforderungen und Qualitätssicherung an Betreiber von E-Commerce-Apotheken, an die Web-Seiten und an die Zustellung von Arzneimitteln im Rahmen des E-Commerce mit den betroffenen Kreisen entwickelt werden müssen. Im Rahmen der Gesamtkonzeption muss auch über entsprechende Gesetzesänderungen entschieden werden.

29. Was sind Festbeträge für Arzneimittel?

Oft gibt es für denselben Arzneimitteltyp ganz große Preisunterschiede. Deshalb bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen nur die Preise bis zum Festbetrag. Das führt zu einem Preiswettbewerb, der die gesetzliche Krankenversicherung vor überhöhten Medikamentenkosten bewahrt. Die Festbeträge werden so bestimmt, dass eine hochwertige Arzneimitteltherapie zu vernünftigen Preisen möglich ist. Die Ärztinnen und Ärzte haben weiterhin Auswahlmöglichkeiten zwischen therapeutisch gleichwertigen und qualitativ anerkannten Arzneimitteln. Wegen der zwischenzeitlich erfolgten Rechtsprechung hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Novellierung der gesetzlichen Vorschriften zu den Arzneimittel-Festbeträgen erarbeitet, die am 13.07.01 im Bundesrat verabschiedet worden ist. Auf dieser Basis wird das Bun-

desministerium für Gesundheit eine Rechtsverordnung zu weiteren Absenkungen der Arzneimittelpreise durch Festbeträge vorlegen.

Krankenhaus/Stationäre Versorgung

30. Warum müssen Ärztinnen und Ärzte so lange arbeiten und gefährdet das die Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Ein wesentlicher Grund, weshalb die Verbände und Interessenvertretungen die starke Arbeitsbelastung insbesondere der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus beklagen, ist, dass bereits seit langem vorhandene gesetzliche und tarifvertragliche Regelungen unzureichend umgesetzt sind. Das seit über fünf Jahren geltende Arbeitszeitgesetz bietet eine gute Grundlage, zum Wohle der Beschäftigten und der Patientinnen und Patienten die Arbeitszeit in den Krankenhäusern zu regeln. So gibt es zahlreiche Krankenhäuser, die auf dieser gesetzlichen Grundlage zur Zufriedenheit ihrer Beschäftigten innovative Arbeitszeitregelungen geschaffen haben, die auch den Qualitätsgesichtspunkten Rechnung tragen. Leider gibt es immer noch Krankenhäuser, die diese geltenden Bestimmungen ignorieren und den Ärztinnen und Ärzten überlange Dienstzeiten zumuten. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung Ende letzten Jahres die für den Arbeitsschutz zuständigen Länderministerien gebeten, verstärkt auf die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen hinzuwirken.

Davon unabhängig wird zu entscheiden sein, ob und in welchem Umfang das auf einem spanischen Sachverhalt beruhende Urteil des Europäischen Gerichtshofes in Deutschland Rechtsänderungen erforderlich macht.

31. Was wird die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG's) in der Krankenhausversorgung bewirken?

Eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung. Dies sind neben einer leistungsorientierteren Mittelverteilung und einer erhöhten Transparenz die Hauptziele der Einführung einer leistungsgerechten Vergütung im Krankenhaus. Die Patientinnen und Patienten profitieren von der DRG-Einführung durch verbesserte Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch eine bessere Prozess- und damit Patientenorientierung (statt Orientierung an Fachabteilungen) und indem die bisherigen unnötig langen Verweildauern zukünftig vermieden werden. Darüber hinaus trägt

die steigende Transparenz über das Leistungsgeschehen dazu bei, dass verbesserte Patienteninformationen über gute und schlechte Krankenhäuser bzw. -abteilungen erstellt werden können.

Behauptungen, die Patienten würden zu früh und unausgeheilt aus den Krankenhäusern entlassen, sind unverantwortliche „Panikmache“. Der medizinische Standard wird durch ein Fallpauschalsystem nicht ausgehebelt. Das Krankenhaus haftet auch in Zukunft für die ordnungsgemäße Leistungserbringung. Durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen und insbesondere durch Kontrollen, die auch das Entlassungsverhalten mit einbeziehen, unterliegt das Krankenhaus einer permanenten öffentlichen Beobachtung, so dass es sich kein Krankenhaus leisten kann, Patienten nicht anständig zu behandeln. „Quicker but sicker“ wird es mit der DRG-Einführung in Deutschland nicht geben.

32. Wie sieht die Vergütung nach Fallpauschalen in Krankenhäusern aus?

DRGs fassen eine Vielzahl unterschiedlicher Diagnosen zu einer überschaubaren Anzahl von DRG-Fallpauschalen mit vergleichbarem Aufwand zusammen. Definitionsgrundlage zur Bildung aufwandshomogener DRG-Fallpauschalen bilden medizinische Diagnosen- und ergänzend Operationen- und Prozedurenschlüssel. Zusätzlich werden im Einzelfall weitere Kriterien herangezogen, z. B. Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht, Entlassungsstatus. Das Leistungsspektrum von Krankenhäusern kann damit in einem überschaubaren DRG-Katalog von bis zu 800 Abrechnungspositionen abgebildet werden. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen trägt das System auch unterschiedlichen Schweregraden Rechnung.

Durch die DRG-Fallpauschalen wird die Leistungstransparenz erhöht, Leistungsstrukturen werden offen gelegt und Ansatzpunkte zu sinnvollen Schwerpunktbildungen und zur Verbesserung der Qualität aufgezeigt. Dies wird auch den Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Das DRG-Vergütungssystem setzt Anreize für eine wirtschaftlichere Leistungserbringung. Die wettbewerbliche Orientierung wird nachhaltig gestärkt. Dies wird auch zu Veränderungen von Leistungsstrukturen im Krankenhausbereich führen. Damit stellt

sich die Frage nach der Sicherstellung der Versorgung insbesondere in Flächenländern. Um es deutlich zu sagen: Die Vorhaltung von notwendigen Leistungsangeboten muss auch zukünftig finanziell abgesichert sein. Dem entsprechend ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz ein Zuschlag für die Vorhaltung vorgesehen. Allerdings wird man stärker als bisher prüfen müssen, welche Vorhaltung am jeweiligen Krankenhausstandort wirklich benötigt wird und deshalb den Einsatz zusätzlicher finanzieller Mittel rechtfertigt. Es kann grundsätzlich nicht angehen, dass ein Krankenhaus einen Zuschlag erhält, während das im Wettbewerb stehende Nachbar Krankenhaus die gleiche Leistung ohne Zuschlag erbringen muss und erbringen kann. Hierüber werden wir auch noch mit den Ländern, deren Zustimmung im Bundesrat benötigt wird, intensiv diskutieren müssen.

Die im internationalen Vergleich hohen deutschen Verweildauern und die optimierungsfähigen Leistungsstrukturen lassen zudem auf die Möglichkeit zur Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven hoffen. Der Vergleich zwischen den Krankenhäusern kann hier sicherlich zu nützlichen Anregungen beitragen. Die DRG-Einführung wird nachhaltig zu einem Wettbewerb um wirtschaftliche und qualitativ gute Lösungen im Krankenhausbereich beitragen. Dabei wird es darauf ankommen, in erster Linie Strukturen und Abläufe zu verbessern.

33. Führt die Abrechnung nach Fallpauschalen nicht zu einer Verlagerung von Kosten in die Reha oder den ambulanten Bereich?

Über entsprechende Kostenverlagerungen kann derzeit nur spekuliert werden. Als Wirkungsrichtungen eines deutschen DRG-Fallpauschalensystems lassen sich zwar bereits heute Verkürzungen der Verweildauern, eine Verbesserung der Transparenz von Krankenhausleistungen sowie durch die leistungsorientierte Vergütung eine Optimierung der Verteilungsgerechtigkeit nennen. Detaillierte Aussagen, etwa zu potentiellen Leistungsverschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich, lassen sich hingegen noch nicht treffen. Da im Zusammenhang mit der DRG-Einführung die Qualitätssicherungsverpflichtungen der Krankenhäuser angepasst und gestärkt werden, ist zu erwarten, dass medizinisch verfrühte Entlassungen, die zu einem zusätzlichen Nachsorgebedarf in anderen Bereichen führen, grundsätzlich

vermieden werden können. Die Spekulationen über Kostenverlagerungen gehen hierbei offensichtlich von der Grundannahme aus, dass in einem DRG-Fallpauschalensystem die medizinisch notwendige Versorgung in den Krankenhäusern zukünftig nicht mehr gewährleistet ist. Diese Annahme kann nicht geteilt werden, weil Qualitätssicherungsmaßnahmen und verbesserte Transparenz dem entgegenwirken. Darüber hinaus ist jedoch festzuhalten, dass Veränderungen, die zu einer besseren Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ beitragen würden, zu begrüßen sind.

Durch die DRG-Einführung im Krankenhausbereich wird nicht die Grenzlinie zwischen der stationären Versorgung und dem Rehabilitationsbereich verschoben. Auch bei Vergütung von Krankenhausleistungen durch DRG-Fallpauschalen dürfen Patientinnen und Patienten nicht vor Erfüllung bestehender Kriterien (z.B. Wundheilung) vom Krankenhaus verlegt und von der Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden.

Um Problemen wie einer zu frühzeitigen Entlassung in die Rehabilitation begegnen zu können, ist eine bessere Verzahnung der Sektoren und eine konsequente Qualitätssicherung erforderlich. Durch die Einführung der integrierten Versorgung mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die Möglichkeit der Verzahnung unterschiedlicher Sektoren nachhaltig verbessert. Es ist nun an den Leistungserbringern und den Krankenkassen, diese Chancen mit Leben zu erfüllen, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

Krankenkassen/Wettbewerb

34. Warum brauchen wir eine Änderung des Risikostrukturausgleichs?

Das Prinzip des Wettbewerbs unter den Krankenkassen wurde eingeführt, um eine hohe Qualität und gleichzeitig einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz zu erreichen. Dieses Prinzip schafft Anreize, den Versicherten gute Leistungen möglichst kostengünstig zur Verfügung zu stellen. Allerdings weist dieser Wettbewerb Defizite auf und hat einige Verwerfungen mit sich gebracht. Es ist mittlerweile unbestritten, dass die Rahmenbedingungen für diesen Wettbewerb weiter entwickelt werden müssen und der Risikostrukturausgleich neu ausgerichtet werden muss. Dieser soll die finanziellen Auswirkungen der Jahrzehnte lang gewachsenen Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgleichen.

Die Fachleute sind sich einig, dass er sich grundsätzlich bewährt hat. Sein Mangel jedoch ist, dass er nur Alter, Geschlecht, Invalidität und die Einkommensunterschiede berücksichtigt. Dies führt dazu, dass der Wettbewerb der Kassen um die jüngeren Gesunden attraktiv ist. Aktivitäten zur gezielten Verbesserung der Versorgung insbesondere chronisch Kranker werden nicht wie notwendig gefördert, sondern sind im derzeitigen Risikostrukturausgleich geradezu mit Wettbewerbsnachteilen verbunden. Deshalb besteht Einigkeit, dass eine Reform des Risikostrukturausgleiches notwendig ist und dass dieser das Ziel haben muss, die Morbidität der Patientinnen und Patienten bei den Ausgleichszahlungen zu berücksichtigen. Diese Orientierung an der Morbidität, also den Krankheiten und ihren Kosten, ist nicht von heute auf morgen zu erreichen.

Mit den neuen Regelungen im Kassenwettbewerb verbessern wir die Wahlrechte der Versicherten und richten den Wettbewerb innerhalb der Krankenkassen neu aus (Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs). Bei den Ausgleichszahlungen innerhalb der Kassen sollen erstmals gesunde und kranke Versicherte unterschiedlich berücksichtigt werden, so dass sich der Wettbewerb um die bessere Versorgung von chronisch Kranken für die Kassen lohnt. Da eine solche Umsteuerung Zeit braucht, erfolgt die Umsetzung in Stufen. Bereits im nächsten Jahr soll der Einstieg mit gezielten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) bei

chronischen Krankheiten erfolgen - wie z. B. Diabetes, Brustkrebs, Herz-, Kreislauf-erkrankungen, Schlaganfall. Ab 01.01.2003 soll ein Risikopool eingerichtet werden, mit dem besonders hohe Aufwendungen in der Versorgung teilweise ausgeglichen werden. Ab 01.01.2007 soll es dann die vollständige Neuorientierung geben. Das dient den kranken Menschen, belohnt die Kassen, die sich in diesem Feld engagieren und kann zur Kosteneinsparung beitragen.

Die Maßnahmen dieses Gesetzes dienen dem Ziel, faire Wettbewerbschancen unter den gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen und damit auch die Voraussetzungen für einen auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Kassenwettbewerb zu verbessern. Sie schaffen auch die notwendigen Anreize, durch verstärkte Bemühungen um kranke, insbesondere chronisch kranke, Versicherte und durch verstärktes Versorgungsmanagement eine Reduzierung aufwendiger Fehlversorgungen dieser Patienten zu erreichen und damit Wirtschaftlichkeitspotentiale zu erschließen, die die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlasten.

Der Stufenplan mit den kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen:

Als kurzfristige Maßnahme werden die gesetzlich Versicherten den freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt (Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte). Der bisherige „Wüstenrot-Tag“, der Stichtagstermin 30.09.2001 für einen Kassenwechsel, wird aufgehoben. Damit entfällt ein wichtiger psychologischer Faktor zum Kassenwechsel. Ab 2002 kann mit einer Kündigungsfrist von acht bis zwölf Wochen (zum Ende des übernächsten Monats vom Tag der Erklärung der Kündigung an) die Mitgliedschaft in einer Kasse gekündigt und in eine andere Kasse gewechselt werden. Diese Erweiterung des Wechselrechts ist mit einer Bindungsfrist von mindestens 18 Monaten verbunden. Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen bleibt erhalten.

Ebenfalls **kurzfristig** wird mit dem Aufbau von besonderen Angeboten zur Versorgung chronisch kranker Menschen begonnen. Allen Krankenkassen wird die Möglichkeit eröffnet, gezielt Disease-Management-Programme für bestimmte Gruppen chronisch Kranker einzuführen. Ausgeglichen werden in jedem Programm die sog. standardisierten Leistungsausgaben.

Mittelfristig (ab dem 01.01.2003) wird ein Risiko-Pool gebildet, der die Lasten durch hohe Ausgaben für Kranke solidarisch verteilt. Die Aufwendungen pro Versicherten für die stationäre Versorgung, die Arzneimittelversorgung, die ambulante Dialyse und das Kranken- und Sterbegeld, die über einem Schwellenwert von rd. 40.000 DM im Jahr liegen, werden zum Teil ausgeglichen werden. Übersteigt die Summe der Kosten diesen Schwellenwert, trägt die Solidargemeinschaft der Kassen 60 % des 40.000 DM überschießenden Betrages: Die Ausgaben bis 40.000 DM sowie 40 % des überschießenden Betrages trägt die Krankenkasse.

Langfristig (zum 01.01.2007) wird der bisherige Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert durchgeführt. Aus dem Risiko-Pool wird dann ein Hochrisiko-Pool, der nur noch sehr teure Krankheitsausgaben teilweise solidarisch ausgleicht. Gesunde und kranke Versicherte, die bis dahin nur im Hinblick auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Disease-Management-Programmen unterschieden werden, werden dann durchgehend unterschiedlich berücksichtigt.

35. Was sind Disease-Management Programme?

Als Disease Management wird eine medizinische Versorgungsform bezeichnet, mit der u.a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen verringert werden können. Damit verbindet sich auch das Ziel, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne einer hochwertigen und in angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehenden medizinischen Versorgung möglichst effektiv einzusetzen. Disease Management erfordert verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg, die auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden. Diese strukturierten Behandlungsprogramme verbessern die Lebensqualität, verhindern oder verzögern Folgeschäden und können auch Kosten sparen.

Um sicherzustellen, dass chronisch Kranke hochwertige Angebote erhalten, die ihnen vor allem helfen, ihre Lebensqualität zu verbessern, müssen diese Programme qualitätsgesichert sein und entsprechend kontrolliert und evaluiert werden. Deshalb

muss das jeweilige Disease-Management-Programm durch das Bundesversicherungsamt als neutraler bundesweit tätiger Stelle eine Akkreditierung erhalten.

36. Wie wird sichergestellt, dass nicht wieder Marketing durch die Hintertür Eingang findet?

Disease Management Programme müssen qualifiziert sein. Die Zulassung der Disease-Management-Programme (Zertifizierung) soll zentral für alle Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt erfolgen. Damit ist gewährleistet, dass alle Programme nach den gleichen Maßstäben beurteilt werden und keine Krankenkasse sich benachteiligt fühlt. Die Evaluation der Programme erfolgt durch unabhängige Experten.

37. Wie sollen die Disease-Management-Programme so schnell aus dem Boden gestampft werden, wenn sie bereits im nächsten Jahr wirken sollen?

Es ist vorgesehen, dass die Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, in der die berücksichtigungsfähigen chronischen Erkrankungen und die Anforderungen an Disease-Management-Programme festgelegt werden, in der zweiten Jahreshälfte 2002 getroffen werden. Danach können die Krankenkassen Anträge auf Zulassung von Disease-Management-Programmen stellen. In der Zwischenzeit können die Krankenkassen die Entwicklung von Disease-Management-Programmen vorantreiben, da die Rechtsverordnung in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeitet wird und der wesentliche Inhalt schon vorher bekannt ist. Es ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen wegen der hiermit verbundenen finanziellen Vorteile erhebliche Anstrengungen unternehmen werden, um möglichst schnell zulassungsfähige Programme zu entwickeln.

38. Wie soll eine Teilnahme an den Disease-Management-Programmen erreicht werden?

Die Teilnahme an Disease-Management-Programmen ist für die Versicherten freiwillig. Es darf kein Zwang auf die Patientinnen und Patienten ausgeübt werden, sich in

Disease-Management-Programme einzuschreiben. Die Versicherten profitieren von einer Einschreibung dadurch, dass sich ihre gesundheitliche Versorgung und damit auch ihre Lebensqualität verbessert. Durch den sektorübergreifenden Ansatz der Disease-Management-Programme werden überflüssige Doppeluntersuchungen und -behandlungen vermieden. Auch Spätschäden, wie etwa der Amputation bei Diabetikern, kann durch die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm vorgebeugt werden. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, ihre chronisch kranken Versicherten von diesen Vorteilen zu überzeugen und für eine Einschreibung in die Programme durch umfassende Information zu werben.

39. Warum ist der Mindestbeitragssatz fallen gelassen worden?

Der Mindestbeitragssatz ist und war umstritten. Er ist entbehrlich, weil auch ohne ihn die Zielsetzungen der Neuordnung des Krankenkassenfinanzausgleichs erreicht werden.

40. Was wird aus dem Sonderkündigungsrecht?

Bis zum neuen Recht gilt in diesem Jahr das Sonderkündigungsrecht selbstverständlich weiter. Im Zuge der parlamentarischen Beratungen ist ein Antrag eingebracht worden, so dass das Sonderkündigungsrecht weiter erhalten bleibt.

41. Warum bedeutet die Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte mehr Verbraucherschutz?

Die gesetzlich Versicherten haben ein durchgängiges Recht zum Krankenkassenwechsel, das ist die Stärkung der Verbraucherrechte dieser Versicherten und - es gibt bei der Kassenwahl keine unterschiedlichen Rechte für freiwillig und gesetzlich Versicherte mehr (s. Nr. 34).

42. Welchen Betrag macht der RSA heute aus und wie viel wird es in Zukunft sein?

Für das Ausgleichsjahr 1999 betrug das Ausgleichsvolumen zwischen den Kassenarten 22,7 Mrd. DM (ca. 8,9 Prozent des Gesamtausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung von rd. 256 Mrd. DM). Das Ausgleichsvolumen ist insbesondere auf Grund der zunehmenden Entmischung der Risikostrukturen stets gestiegen (1995: 18,1 Mrd. DM, 1996: 19,1 Mrd. DM, 1997: 20,2 Mrd. DM, 1998: 21,5 Mrd. DM) und dieser Anstieg wird sich fortsetzen, solange die Mitgliederwanderung zwischen den Kassen zu einer weiteren Risikoentmischung führt. Ziel der RSA-Reform ist es, dafür Sorge zu tragen, dass der Ausgleich noch zielgerichteter wird: Die Finanzmittel sollen die Kassen erreichen, die die Kranken zu versorgen haben.

43. Ist das nicht überbordende Bürokratie?

Nein. Neue Behörden entstehen nicht. Das bisherige RSA-Verfahren wird lediglich ergänzt und verfeinert.

44. Wie werden die Datengrundlagen geschaffen? Wie sieht das der Datenschutzbeauftragte?

Die Datengrundlagen sind bei den Krankenkassen weitgehend vorhanden. Das Verfahren der Datenaufbereitung und -auswertung ist mit den zuständigen Bundesressorts (BMI und BMJ) und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt.

45. Sind die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu hoch?

Häufig werden die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen pauschal und undifferenziert zu Unrecht als zu hoch bezeichnet. Der Anteil der Verwaltungsausgaben an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung blieb in den letzten Jahren weitgehend konstant und beträgt z. Zt. zwischen 5 Prozent und 6

Prozent der Beitragseinnahmen. Die Verwaltungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen weit niedriger als bei der privaten Krankenversicherung, wo sie mit einem Anteil an den Beitragseinnahmen von über 12 Prozent mehr als doppelt so hoch sind. Aber auch bei den Verwaltungskosten bleibt die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ein Ziel.

Pflegeversicherung

46. Was geschieht in der Pflegeversicherung?

Qualitätsverbesserung und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sind auch die Ziele des Gesetzes zur Sicherung der Pflegequalität. Gleichzeitig bringt es mehr Mitsprache und mehr Rechte für die zu Pflegenden und ihre Angehörigen. Das Gesetz wurde am 13.07.01 im Bundesrat verabschiedet und tritt ab 01.01.02 in Kraft. Den vorhandenen Finanzspielraum in der Pflegeversicherung nutzen wir, um in einem ersten Schritt gezielt für eine weitere Verbesserung der Versorgungssituation demenzkranker Menschen zu sorgen.

47. Ist der Beitragssatz von 1,7 Prozent zu halten ?

Die soziale Pflegeversicherung steht mit einem Mittelbestand von rd. 9,4 Mrd. DM (Rücklage) Ende 2000 auf einem soliden finanziellen Fundament. Auch wenn derzeit die Ausgaben die Einnahmen übersteigen, ist auf Basis der derzeitigen Leistungsbeträge unter Berücksichtigung der beabsichtigten Verbesserungen für Demenzkranke in wenigen Jahren wieder mit Überschüssen zu rechnen. Gleichwohl stellt die demografische Entwicklung für die Pflegeversicherung eine große Herausforderung dar. Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung allein können allerdings aufgrund der Mehreinnahmen infolge zukünftiger Lohnerhöhungen im Rahmen des derzeitigen Beitragssatzes auch langfristig aufgefangen werden.

48. Warum gibt es nicht mehr Leistungen für pflegebedürftige Menschen wie die Opposition fordert ?

In dieser Legislaturperiode hat die Bundesregierung mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz schon Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen in einem Umfang von 260 Mio. DM in Kraft gesetzt. Zudem hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf erarbeitet, der Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (u. a. Demenzkranke) im Umfang von

550 Mio. DM jährlich vorsieht. Der Referentenentwurf dazu liegt vor. Der vorgesehene Finanzrahmen hat ein Volumen, das die finanzielle Lage der Pflegeversicherung und damit die Beitragssatzstabilität nicht gefährdet.

Weitergehende Vorstellungen der Opposition, wie etwa die Gewährung eines Zeitzuschlags von 30 oder 40 Minuten bei der Begutachtung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, würden zu jährlichen Mehrausgaben von mindestens 1,5 Mrd. DM bzw. 2,1 Mrd. DM führen. Diese Mehrausgaben wären aber ohne eine Anhebung des Beitragssatzes auf Dauer nicht finanzierbar. Ein Zeitzuschlag trägt zudem nichts dazu bei, eine geeignete Infrastruktur zu schaffen, die wir mit Blick auf die demographische Entwicklung dringend brauchen. Dies erreichen wir vielmehr mit den von uns vorgesehenen Verbesserungen.

49. Bringt das Pflegequalitätssicherungsgesetz überbordende Bürokratie mit sich?

Immer wieder wird der Pflegeversicherung vorgeworfen, sie löse einen großen und gegenüber früher stark gestiegenen Verwaltungsaufwand aus. Hier kann man den Pflegeeinrichtungen und ihren Verbänden den Gegenvorwurf nicht ersparen, dass sie zum Teil über das Ziel hinausschießen und den Eindruck erwecken, nicht der erhöhte Verwaltungsaufwand, sondern die erhöhte Kosten- und Leistungstransparenz sei der eigentliche Auslöser der Kritik.

So sieht das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach dem Vorbild des Bundessozialhilfegesetzes vor. Die Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist kein Selbstzweck, sondern soll den Einrichtungsträgern helfen, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen effizienter als bisher durchzusetzen. Wer auf der einen Seite (vollkommen zu Recht) die Einlösung dieses Anspruches fordert, muss allerdings auf der anderen Seite in den Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern auch bereit und in der Lage sein, den Anspruch mit geeigneten Unterlagen und Angaben zu untermauern. Der Befürchtung, die Datenermittlung für den - in dem neuen Gesetz außerdem vorgesehenen - Pflegeeinrichtungsvergleich löse zusätzlichen Verwaltungsaufwand aus, ist entgegenzuhalten, dass nach der entsprechenden Regelung über die Daten-

sammlung für den Vergleich der Verwaltungsaufwand für das Pflegeheim möglichst gering gehalten und auf ohnehin vorhandene Daten (vor allem aus den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen) zurückgegriffen werden soll.

Darüberhinaus gilt für die immer wieder kritisierte Pflegedokumentation, dass sie von den Einrichtungen nicht als zusätzliche Belastung gesehen werden darf, sondern als Instrument, welches gleichermaßen für Qualitätssicherung, aber auch für die Absicherung der Einrichtung in Haftungsfragen und als Leistungsnachweis für die Vergütungsverhandlungen unverzichtbar und z.T. gesetzlich gefordert ist.

Die Kritik der Einrichtungsträger muss dennoch ernst genommen werden. Denn die Pflegeeinrichtungen sind nicht dazu da, Papiere auszufüllen, sondern um Pflegebedürftigen zu helfen. Dabei gibt es nichts zu beschönigen oder zu bemänteln. Dort, wo teure Pflegekräfte ihre Zeit mit entbehrlichen Schreibarbeiten verbringen, muss eingeschritten werden. Dabei ist vor allem die Pflegeselbstverwaltung (aus Kostenträgern und Einrichtungsträgern) gefragt. Sie muss die ihr gegebenen Möglichkeiten zur Begrenzung des Verwaltungsaufkommens und zur praxisgerechten Ausgestaltung, etwa der Leistungserfassung und -abrechnung, durch den Abschluss entsprechender Vereinbarungen nutzen.

Insgesamt ist mit dem Gesetz ein Ausgleich zwischen den berechtigten Anliegen und Interessen der Pflegebedürftigen, der Kostenträger und der Einrichtungsträger gelungen.

50. Fehlen Pflegekräfte?

Ein wesentliches Kernanliegen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes besteht darin, den Pflegeeinrichtungen und ihren Verbänden Instrumente an die Hand zu geben, mit denen sie ihre Primärverantwortung für die Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen wirksam wahrnehmen können. Dies setzt insbesondere voraus, dass in den Vereinbarungen mit den Kostenträgern der jeweils erforderliche personelle Aufwand gebührend berücksichtigt wird. Hierzu werden für jedes Pflegeheim Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie auf Landesebene Personalrichtwertvereinbarungen als genereller Orientierungsmaßstab eingeführt. Außerdem

sieht das Gesetz die Vereinbarung von Pflegezeitbedarfsermittlungsverfahren auf Landesebene vor.

Es wird des öfteren beklagt, dass es in den Pflegeeinrichtungen zu wenig Pflegekräfte gibt. Es ist davon auszugehen, dass jedenfalls in der Zukunft zusätzliche Pflegekräfte notwendig sind. Die Bundesregierung hat deshalb zur Verbesserung der Attraktivität der Altenpflegeberufe das Altenpflegegesetz vorgelegt, das zum 1. August 2001 in Kraft treten sollte. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch den Vollzug dieses Gesetzes einstweilen ausgesetzt und damit einem Antrag der Bayerischen Staatsregierung auf Erlass einer einstweiligen Anordnung stattgegeben. In diesem Eilverfahren war aber die entscheidende Frage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, die von Bayern bestritten wird, noch nicht zu klären. Dies wird erst im Hauptsacheverfahren geschehen. Die Bundesregierung ist sehr zuversichtlich, dass das Bundesverfassungsgericht die Zuständigkeit des Bundes für diesen Regelungsbereich bestätigen und damit das Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes ermöglichen wird.