



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-36
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit
Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren
Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) e. V.**

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV- FQWG)**

**- Anhörung des Bundesministeriums der Gesundheit
am 24. 2. 2014 -**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 14 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE zwar die einkommensabhängige Ausgestaltung der Zusatzbeiträge; sie sieht es jedoch als problematisch an, dass die Finanzierungsverantwortung für alle weiteren Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zukünftig ausschließlich den Versicherten übertragen wird. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte zu einer paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems zurückgekehrt werden, zumal die Gewinne der Unternehmen in den letzten Jahren erheblich zugenommen haben.

Als wichtig erachtet sie ferner die geplante Einrichtung eines Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen; sie sieht jedoch noch Nachbesserungsbedarf an verschiedenen Stellen. Die letzten zwei Jahrzehnte der Qualitätssicherung wurde auch von wirtschaftlichen und anderen institutionellen Interessen bestimmt, so dass ein Mehr an Bürokratie entstanden ist, ohne dass dies in gleichem Maße zu Verbesserungen in der Versorgung und Sicherheit der Patienten geführt hat. Hier ist die Patientenvertretung das notwendige Korrektiv gegenüber diesen Interessen; insoweit hält es die BAG SELBSTHILFE für notwendig, Patientenvertreter in diesem speziellen Bereich mit Sitz und Stimme in den Gremien der Stiftung auszustatten. Gleichzeitig wäre aber auch eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung über Patientenbefragungen sicherzustellen; der Wert und die Notwendigkeit von Patientenbefragungen wurden ja bereits im Koalitionsvertrag anerkannt.

Auch die Weiterentwicklung der Finanzstrukturausgleichsmechanismen der Gesetzlichen Krankenkassen wird von der Zielrichtung her positiv gesehen, die dort enthaltenen Maßnahmen reichen jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht aus. Eines der grundlegenden Probleme des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches ist die Begrenzung der Krankheitsauswahl auf 80 Krankheiten. Dies hat zur Folge, dass häufig mehrere Indikationen zu einer Krankheitsgruppe zusammengefasst werden; notwendigerweise wird dadurch zu jeder Krankheitsgruppe ein Durchschnittswert der Krankheitskosten gebildet, der aber die Krankheitskosten der einzelnen Indikation nicht unbedingt abbildet: So liegen etwa die Behandlungskosten bei bestimmten Mukopolysaccharidosen durch die sehr teure Enzymtherapie im sechsstelligen Bereich, infolge der Zusammenfassung mit anderen Erkrankungen

erhielt die Krankenkasse jedoch in der Vergangenheit einen Ausgleichsbetrag im vierstelligen Bereich. Auf lange Sicht müsste die Anzahl der im MorbiRSA zu berücksichtigenden Krankheiten daher aus Sicht der BAG SELBSTHILFE auf mindestens 200 - 300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zur Schaffung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorgeschlagen wurde. Zudem müsste auch insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im MorbiRSA abgebildet werden können.

I. Reduzierung des Beitragssatzes und Zusatzbeiträge (§§ 241 f. SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE hält zwar die Rücknahme des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils (0,9 Prozent) und die Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge für den richtigen Schritt zurück in Richtung auf eine paritätische Finanzierung, bedauert jedoch, dass genau diese an sich logische Konsequenz nicht gezogen wurde. Stattdessen sollen nunmehr die daraus folgenden Mindereinnahmen durch kassenspezifische einkommensabhängige Zusatzbeiträge kompensiert werden, welche wiederum ausschließlich durch die Arbeitnehmer getragen werden. Damit haben die Versicherten zwar eine bessere Möglichkeit, durch einen Wechsel der Krankenkasse Beitragserhöhungen, welche über den niedrigsten Krankenkassenbeitrag hinausgehen, zu vermeiden; gleichzeitig ist nicht nachvollziehbar, weswegen die Finanzierungsverantwortung für künftige Ausgabensteigerungen allein den Versicherten aufgebürdet wurden. Hinzu kommt, dass durch den Gesetzentwurf der Anteil der Steuermittel durch die Streichung des Sozialausgleichs verringert wird und so die Kosten für den Bundeshaushalt gesenkt werden; auch dadurch werden die Versicherten mittelbar künftig noch stärker belastet werden, da die Zusatzbeiträge dadurch höher ausfallen werden.

Ferner wird darauf hingewiesen, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen häufig durch strukturierte Behandlungsprogramme an ihre jeweilige Krankenkasse gebunden sind; auf diese Weise ist für sie ein Wechsel der Kasse zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen nicht so leicht wie etwa für gesunde Versicherte.

II. Errichtung eines Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht die Errichtung eines derartigen Instituts als wichtigen Schritt zur Schaffung von mehr Qualität und Transparenz für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen an. Gleichzeitig darf jedoch auch nicht verkannt werden, dass die Diskussion in den letzten Jahren im Bereich der Qualitätssicherung auch sehr stark von unterschiedlichen wirtschaftlichen und institutionellen Interessen geprägt war und insoweit nicht nur der Patientennutzen im Mittelpunkt stand. Hier ist die gestalterische Einfluss der Patientenvertretung dringend notwendig: Sie kennt die Versorgungsprobleme, steht für die Interessen der Patienten und ist damit das notwendige Korrektiv für die genannten wirtschaftlichen und institutionellen Interessen. Nach zehn Jahren Erfahrung mit den bisherigen Qualitätsinstituten und der Beteiligung in der Qualitätssicherung des GBA verfügt die Patientenvertretung zudem über ein hohes Maß an Wissen und Erfahrung mit Blick auf Inhalte, Abläufe und Steuerungsprozesse in einem solchen Institut. Wer die Versorgungsrealität für Patienten verbessern will, darf daher auf die Einbindung dieses umfangreichen Erfahrungswissens nicht verzichten.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE verschiedene Maßnahmen, um diese Fokussierung auf den Patientennutzen sicherzustellen:

1. Die Patientenvertretung muss mit Sitz und Stimmrecht bereits bei der Gründung des Instituts beteiligt sein.
2. In der Stiftungssatzung sind unverzichtbar:
 - Ausrichtung der Arbeit an Patientennutzen und Versorgungsrealität
 - Sitz und Stimme der Patientenvertretung in den Stiftungsgremien
3. Die Unabhängigkeit des Instituts ist zu gewährleisten. Das beinhaltet neben der Freiheit der Themenwahl auch das Recht zur Veröffentlichung aller Ergebnisse.
4. Die Patientenvertretung muss eigenständig Aufträge an das Institut vergeben können.

5. Das neu zu gründende Institut ist für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zuständig. Dies umfasst auch die Qualitätssicherung der Schnittstellen zu anderen Regelungsbereichen, etwa der Pflege oder der Rehabilitation; perspektivisch sollten auch diese Bereiche Eingang in den Regelungsbereich des Instituts finden.
6. Patientenbefragungen sind für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung über die Sektorengrenzen hinweg unabdingbar.

Ferner möchten wir folgende Anmerkungen zu den einzelnen Regelungen machen:

a. Allzuständigkeit des Instituts, Streichung der §§ 115b, 137f, 116b SGB V

Der Umfang der Zuständigkeit des Instituts ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE unklar. So findet sich in der bisherigen Aufgabenzuweisung des § 137a-alt etwa Maßnahmen für die Maßnahmen der Versorgungsqualität beim ambulanten Operieren (§ 115b), Strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137f Abs. 2 Nr. 2 SGB V) sowie der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b Abs. 3 Satz 3 SGB V). Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE könnte das Fehlen dieser Aufgabenzuweisungen derart gewertet werden, dass das Institut für diese Aufgaben nicht mehr zuständig ist. Aus diesem Grunde sollte eine Allzuständigkeit des Instituts für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung im Gesetz verankert werden mit dem Verweis in der Gesetzesbegründung, dass damit auch die bisherigen Aufgaben umfasst sind; eine solche Allzuständigkeit würde auch die Qualitätssicherung der Schnittstellen zur Reha und Pflege umfassen, an denen erfahrungsgemäß erhebliche Probleme auftreten. Perspektivisch sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auch die Rehabilitation und Pflege in die Zuständigkeit des Qualitätsinstituts fallen.

b. Verankerung der Patientenbefragungen in § 137a Abs. 3 Nr. 1 SGB V RefE

Wie bereits dargestellt, hält die BAG SELBSTHILFE Patientenbefragungen für das dringend notwendige Instrument zur Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Zu Recht wurde auch im Koalitionsvertrag auf die Verbesserung der Aussagekraft der Qualitätsberichte der Krankenhäuser durch Patientenbefragungen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund sollte in § 137a Abs. 3 Nr. 1 SGB V RefE nach Instrumente der Passus „sowie der Patientenbefragungen“ eingefügt werden.

III. Finanzierungsstruktur der Gesetzlichen Krankenkassen

a. Einkommensausgleich zwischen den Kassen (§ 270a SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt den vollständigen Einkommensausgleich zwischen den Kassen und hofft, dass auf diese Weise Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen verringert werden.

b. Erweiterung der Krankheitsauswahl im MorbiRSA auf 200-300 Krankheiten

Insgesamt vertritt die BAG SELBSTHILFE seit Jahren die Auffassung, dass der MorbiRSA durch seine Begrenzung auf 80 Krankheiten in vielen Fällen nur die Durchschnittskosten einer häufigen Erkrankung abbildet und dass bei der Zusammenführung von verschiedenen Erkrankungen zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe oft eine sehr hohe Streubreite besteht. Gerade bei Erkrankungen, wie etwa bei bestimmten Formen der Hämophilie oder der Mukopolysaccharidosen hat dies jedoch zur Folge, dass die im Rahmen des MorbiRSA den Kassen erstatteten Kosten um ein Vielfaches niedriger sind als die tatsächlichen typischen Kosten einer solchen Erkrankung. Diese Erkrankungen mit hohen Kosten und vergleichsweise niedrigen Ausgleichszahlungen werden damit zu einem Kostenrisiko für die jeweilige Krankenkasse. Für Patientinnen und Patienten hat dies in der Praxis leider zur Folge, dass von den Krankenkassen in vielen Fällen die Übernahme von Behandlungskosten abgelehnt wird, trotzdem diese Behandlungen im Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenkassen enthalten sind. Teilweise versuchen manche Krankenkassen, derartig kostenintensive Patientinnen und Patienten gegen die geltende Rechtslage zu einem Wechsel ihrer Krankenkasse zu veranlassen; für die Betroffenen sind derartige Praktiken natürlich in höchstem Maße belastend und beeinträchtigen auch u.U. ihre Gesundheit. Vor diesem Hintergrund müsste aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Anzahl der im MorbiRSA zu berücksichtigenden Krankheiten auf mindestens 200 - 300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zur Schaffung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorgeschlagen wurde. Zudem müsste auch insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im MorbiRSA abgebildet werden können.

c. Behebung des Methodenfehlers

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass der Methodenfehler nunmehr - wie im Anschreiben dargestellt - entsprechend dem Urteil des LSG NRW durch das Bundesversicherungsamt behoben werden soll. Dieser Methodenfehler hatte dazu geführt, dass eine Unterdeckung der Krankenkassen für die Versorgung von älteren und chronisch kranken Menschen bestand und dies immer wieder dazu führte, dass Krankenkassen Maßnahmen ergreifen, um diese Personengruppe zu einem Wechsel der Krankenkasse zu bewegen.

Der Methodenfehler hatte seine Ursache darin, dass bisher die Zuschläge bei tödlich verlaufenden Krankheiten und in Altersgruppen mit hoher Sterberate, auf denen die Zuweisungen an die Krankenkassen basieren, gekürzt werden. Deshalb sind beispielsweise die Zuweisungen für viele Krebskranke um 15 bis 50 Prozent zu niedrig. Für hochbetagte Menschen (Menschen über 90 Jahre) stellt der Gesundheitsfonds sogar nur Zuweisungen in Höhe von etwa 75 Prozent ihrer tatsächlichen Ausgaben bereit. Dieser Fehler betrifft die komplette Personengruppe - unabhängig davon, ob diese Menschen im Laufe des Jahres verstorben sind. Das Geld, das nicht für die Versorgung dieser Personengruppen zur Verfügung steht, wird nach dem Gießkannenprinzip auf alle Versichertengruppen umverteilt. Die Folge ist, dass im GKV-Durchschnitt junge und gesunde Versicherte auf Kosten der Zuweisungen für alte und schwerkranke Versicherte überfinanziert werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE war es daher ausgesprochen bedauerlich, dass das Bundesversicherungsamt bisher nicht dem früheren Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats gefolgt ist, die Berechnung auf Pro- Tag- Werte umzustellen statt wie bisher auf Jahreswerte des Versicherten.

Berlin, 20. 2. 2014