



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

zum

1. Antrag der Fraktion FDP „Gesundheitsfonds stoppen – Beitragsautonomie der Krankenkassen bewahren (BT-Dr. 16/7737).
2. Antrag der Fraktion der BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsfonds stoppen – Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einführen“ (BT-Dr. 16/8882).

- Anhörung des Gesundheitsausschusses am 15.10.2008 -

A. Allgemeine Einschätzung zum Gesundheitsfonds

Als Dachverband von derzeit 104 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften sieht die BAG SELBSTHILFE die Schaffung des Gesundheitsfonds aus folgenden Gründen äußerst kritisch:

1) Mangelhafte Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Der Gesundheitsfonds kann nur funktionieren, wenn ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich erfolgt, der es verhindert, dass Krankenkassen, in denen viele chronisch kranke und behinderte Menschen versichert sind, einen strukturellen Wettbewerbsnachteil haben. Die gegenwärtige Ausgestaltung von § 31 RSAV lässt einen solchen sachgerechten Risikostrukturausgleich indes nicht zu.

Die BAG SELBSTHILFE ist vielmehr der Auffassung, dass durch die Aufnahme von nur 50 bis 80 Krankheiten in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ein System von **Versicherten 1. und 2. Klasse** geschaffen wird.

Die Beschränkung des Ausgleichs **auf 50 bis 80 Erkrankungen** ist nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE nicht sachgerecht; eine wissenschaftliche Begründung für eine solche **willkürliche Festlegung** fehlt jedenfalls bisher. Nach unserer Auffassung wäre für eine repräsentative Abbildung des Krankheitsgeschehens eine Zahl von mindestens 200 und 300 Erkrankungen erforderlich. Unverständlich ist, dass wichtige chronische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis, Psoriasis oder Asthma bronchiale in bestimmten Schweregraden nicht zu den nach § 31 RSAV relevanten Krankheiten zählen sollen.

Auch **seltene chronische Krankheiten** finden bislang keine Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, so dass diese Erkrankungen bei den Krankenkassen zum **Kostenrisiko** würden.

Es besteht bei allen im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigten Indikationsbereichen die Gefahr, dass die Krankenkassen Einschnitte auf der Ebene der Leistungen und Versorgung für diese Krankheiten vornehmen. Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE in keiner Weise hinnehmbar.

Unverständlich ist schließlich, dass die Bundesregierung auf die unsachgemäße Konkretisierung von § 31 RSAV durch das Bundesversicherungsamt in keiner Weise reagiert hat. Nur exemplarisch sei hervorgehoben, dass das Bundesversicherungsamt den Begriff der chronischen Erkrankung in einer völlig unzutreffenden Art und Weise als Erkrankung definiert hat, die zwei Quartale andauert. Dabei ist es wissenschaftliches Allgemeingut, dass unter chronischen Erkrankungen nur solche Krankheitsverläufe zu verstehen sind, die einer Heilung nicht zugänglich sind, d. h. für unbestimmte Zeit andauern. Aufgrund der unzutreffenden Begriffsbestimmungen des Bundesversicherungsamtes gelangten so „Erkrankungen“ in den Katalog der nach § 31 RSAV zu berücksichtigenden Risiken, die dort nicht hingehören. Auch dies wird zu einer weiteren Verschärfung der o. g. Problematik führen.

Auf der anderen Seite existiert bei denjenigen Erkrankungen, welche von dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erfasst sind, die Möglichkeit, dass hier falsche Anreize gesetzt werden: Soweit hier derzeit erfolgreich **Präventionsmaßnahmen** durchgeführt werden, honoriert der Risikostrukturausgleich derartige Bemühungen nicht; diese würden in Zukunft

eher zu **Einnahmeausfällen** führen bzw. betriebswirtschaftlich **unnütze Kosten** verursachen. Insofern besteht auch hier die Gefahr einer Fehlversorgung von chronischen Erkrankungen.

2) **Fehlende Markttransparenz und fehlender Qualitätswettbewerb**

Für die Patienten eröffnet die geplante Einführung der Gesundheitsfonds **keine Verbesserung der Transparenz** im Leistungsgeschehen. Es ist kaum überschaubar, welche Krankenkassen in Zukunft welche Arzneimittel, Hilfsmittel oder Rehabilitationsleistungen bezahlen werden, da die jeweils gerade einschlägige Rabatt- und Einzelvertragssituation für die Bürgerinnen und Bürger, erst recht aber für chronisch kranke und behinderte Menschen gar nicht erkennbar ist. Dem steht auf der anderen Seite keine hinreichende Struktur für die unabhängige Beratung von Patienten gegenüber. Die gesetzliche Beratungsverpflichtung der Sozialversicherungsträger steht weitgehend nur auf dem Papier und wird nicht hinreichend umgesetzt. Unter diesen Bedingungen fehlt es an der für einen Wettbewerb notwendigen Markttransparenz. Der Wettbewerbsgedanke, der dem Gesundheitsfonds zugrunde liegt, läuft somit ins Leere.

Der Gesundheitsfonds kann erst dann umgesetzt werden, wenn auch für die Bürgerinnen und Bürger Markttransparenz geschaffen wurde und wenn insbesondere für die Krankenkassen und Leistungserbringer klare Vorgaben hinsichtlich der erforderlichen Qualität der Leistungen festgelegt wurden. Erforderlich ist nämlich ein Qualitäts- und Kostenwettbewerb im Gesundheitswesen und nicht ein reiner Kostenwettbewerb, der zulasten der Patienten geht.

3) **Ablehnung des Zusatzbeitrages**

Nach der Einführung von Zuzahlungen, Aufzahlungen, Praxisgebühren, Eigenanteilen u.a. sind behinderte und chronisch Kranke bereits seit langem hochgradig finanziell belastet. Aus diesem Grunde lehnt die BAG SELBSTHILFE die geplante Einführung eines „Zusatzbeitrages“ von bis zu einem Prozent des Einkommens der Versicherten mit aller Entschiedenheit ab. Besonders kritikwürdig ist in diesem Zusammenhang die Regelung bei Geringverdienern: Grundsätzlich entfällt die Einkommensüberprüfung, wenn die Zusatzprämie nicht mehr als 8 € beträgt. Soweit Versicherte weniger als 800 € verdienen, können sie dementsprechend - im Gegensatz zu Personen mit höherem Einkommen - über die Grenze von einem Prozent hinaus zu einem entsprechenden Beitrag herangezogen werden. Mit dieser Regelung werden somit Menschen überproportional zu solidarischen Leistungen herangezogen, welche ohnehin kaum über finanzielle Spielräume verfügen. Ob dieses noch mit der Sozialstaatsprinzip zu vereinbaren ist, dürfte äußerst fraglich sein.

Gegen die Einführung des „Zusatzbeitrages“ spricht jedoch aus Sicht behinderter und chronisch kranker Menschen ein weiterer Aspekt: Gerade diese Patienten sind durch das System zunehmender Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern stärker als andere an ihre bisherige Kasse gebunden, da ihnen bei einem Wechsel der Zugang zu den jeweiligen Leistungserbringern verloren gehen würde. Während andere Patienten der Auferlegung des Zusatzbeitrages durch einen Kassenwechsel entgehen können, ist dieser Wechsel für chronisch kranke und behinderte Menschen mit einer Entscheidung über eine möglicherweise einschneidende Umstellung ihrer Versorgung und Medikation verbunden.

Unverständlich ist ferner, weswegen bei der Einführung des „Zusatzbeitrages“ der Grundsatz der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung ein weiteres Mal eingeschränkt wurde.

4) Keine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE kann der Gesundheitsfonds in seiner bisherigen Ausgestaltung nicht zu einer nachhaltigen und ausreichenden Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen, weil der Solidarbeitrag der Privaten Krankenversicherung bislang so gut wie gar nicht eingefordert wird und da Steuerzuschüsse in nicht ausreichendem Maße in den Fonds eingespeist werden.

B. Antrag der Fraktion der FDP

Die BAG SELBSTHILFE teilt die Auffassung des Antrages, wonach ein effizientes und wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens notwendig ist. Da jedoch derzeit eine gleiche Ausgangslage der Kassen sowie eine hinreichende Information der Patienten über das Marktgeschehen nicht existiert, berücksichtigt der Antrag aber im Übrigen nicht hinreichend, dass die Vorstellung einer rein durch den Markt gesteuerten Gesundheitspolitik im Ergebnis zur Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen führen würde. Erforderlich sind vielmehr Marktbedingungen, die einen Qualitäts- und nicht primär einen Preiswettbewerb fördern.

C. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die BAG SELBSTHILFE teilt die Besorgnis des Antrags, dass durch die GKV-WSG ein System von Kranken erster und zweiter Klasse entsteht, insbesondere wegen der willkürlichen Begrenzung der Anzahl der maßgeblichen Erkrankungen auf 50 bis 80 Krankheiten. Auch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bleibt zudem die Frage der nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen wegen der noch ungeklärten Gegenfinanzierung des Steuerzuschusses ungeklärt. Der Auffassung des Antrages wird im Übrigen insoweit zugestimmt, als die PKV in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens einzubeziehen ist, die Wettbewerbsstrukturen auch auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln und einseitige Belastungen der Versicherten zu vermeiden sind.

Düsseldorf, 07.10.2008