



BAG SELBSTHILFE  
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

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0432(1)  
gel. VB zur öAnhörung am 05.06.  
13\_Pflege  
30.05.2013

## Stellungnahme

der

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

**Zum Antrag der Fraktion DIE Linke:  
„Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren“  
(BT- DrS. 17/7197)**

**- Anhörung im Gesundheitsausschuss des  
Deutschen Bundestages am 5. Juni 2013 -**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE den Antrag der Fraktion DIE LINKE.

- 1. Zuzahlungs-, Aufzahlungs- und Mehrkostenregelungen sowie Zusatzbeiträge, Ausbau der Pflege**

Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Forderung der Abschaffung der Zuzahlungs- und Mehrkostenregelungen sowie der Zusatzbeiträge.

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind in besonderer Weise auf die Solidarität der Anderen angewiesen. Zuzahlungsregelungen, Mehrkostenregelungen und Festzuschusssysteme treffen sie meist härter als Gesunde, zumal sie - auch aufgrund ihrer Erkrankung - oft nicht zu dem gutverdienenden Teil der Bevölkerung gehören.

Zudem sind sie oft einer Vielzahl dieser zusätzlichen Kosten ausgesetzt; neben den allgemeinen Zuzahlungen, die unter die Chroniker- Regelung von 1 Prozent des Einkommen fallen, gibt es Mehrkosten- und Aufzahlungsregelung insbesondere im Hilfsmittelbereich, die nicht in die Chroniker- Regelung einberechnet werden und die zu zusätzlichen Belastungen der Betroffenen führen. In manchen Fällen führen diese finanziellen Aspekte dazu, dass sich die Betroffenen genötigt sehen, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, weil sie sie schlichtweg nicht bezahlen können. Vor diesem Hintergrund wird die Forderung der Fraktion DIE LINKE nachdrücklich unterstützt, das Sachleistungsprinzip aufrechtzuerhalten; für Menschen, die auf eine Rehabilitationmaßnahme oder ein Hilfsmittel angewiesen sind, ist es essentiell, dass sie hier nicht in Vorleistung treten müssen. Vielen Menschen wäre dies nicht möglich.

Auch Zusatzbeiträge können für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung darstellen. Im Gegensatz zu anderen sind sie häufig durch DMP- Programme an eine Krankenkasse gebunden, so dass ihnen ein Wechsel nur mit erheblichen Schwierigkeiten möglich ist.

Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilkaskosystem ist ein weiterer Faktor, der pflegebedürftige chronisch kranke und behinderte Menschen und ihre Angehörigen belastet; hier wäre dringend ein Ausbau von Nöten. Auch die erforderliche Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte nunmehr nach Vorliegen des Abschlussberichtes zügig umgesetzt werden.

Insgesamt sollte die gesetzliche Pflegeversicherung aus der Sicht der BAG SELBST-HILFE für alle Bürgerinnen und Bürger verpflichtend werden. Nur so lassen sich die künftigen Herausforderungen nicht nur finanziell, sondern auch in gerechter Weise meistern. Die Beitragsgrundlagen sind dabei zu erweitern und nicht-beitragsgedeckte Leistungen aus Steuern zu finanzieren, um dringend erforderliche Leistungsverbesserungen zu finanzieren.

## **2. Barrierefreiheit**

Nach Artikel 25 BRK haben Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie andere Menschen. Das bedeutet, dass sie Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsdiensten und -dienstleistungen, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation erhalten müssen.

Tatsächlich stellt - neben den bereits dargestellten finanziellen Belastungen- die oftmals fehlende oder unzureichende Barrierefreiheit bei den Gesundheitseinrichtungen, insbesondere Arztpraxen, für die betroffenen Menschen mit Behinderungen sowie chronisch oder psychisch Erkrankten ein großes Problem dar. Dabei spielen bauliche Barrieren ebenso eine Rolle wie die fehlende Erreichbarkeit (gerade auf dem strukturschwachen Land), mangelnde Orientierungshilfen und fehlendes Verständnis sowie mangelnde Kenntnisse beim medizinischen Personal in Bezug auf einen behindertengerechten Umgang.

Barrierefreiheit bedeutet dabei entgegen landläufiger Meinung nicht nur, dass die Räume rollstuhlgerecht zugänglich sein müssen; vielmehr ist es für Menschen mit Sehbehinderungen wichtig, dass taktil erkennbare Merkmale zur Orientierung vorhanden sind, dass Stufen markiert sind; bei Menschen mit geistiger Behinderung ist auf die Verwendung leichter Sprache zu achten. Bei Menschen mit Hörbehinderung sind Beschallungsanlagen zu installieren, die es Ihnen ermöglichen, mit T-Spule oder FM- Anlagen zu hören.

Insofern sind alle Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderung (Einstellung, Wissen, Handlungskompetenz, bauliche und kommunika-

tive Barrieren etc.) abzubauen. Ebenso ist das Thema Behinderung und die Bedarfe von Menschen mit Behinderung systematisch in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren.

Besonders wichtig für Menschen mit Assistenzbedarf ist es, dass sie im Falle eines stationären Aufenthaltes nicht auf ihre gewohnte Unterstützung verzichten müssen. Assistenz im Gesundheitsbereich muss daher unabhängig von der Organisationsform (Arbeitgebermodell) in Anspruch genommen werden können.

Dabei kann die Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auf mehreren Wegen befördert werden: So könnten die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes geschaffenen Strukturfonds auch dazu genutzt werden, um Hilfen für den Ausbau von barrierefreien Praxen in unterversorgten Gebieten zu gewähren. Den Krankenkassen müsste auferlegt werden, bei Strukturverträgen die Vorhaltung einer barrierefreien Arzt- oder Heilmittelpraxis oder eines Geschäftsraumes eines Hilferbringers zur Voraussetzung zu machen. Ferner könnte die Frage einer Zulassung sowohl eines Arztes als auch eines Hilfs- oder Heilmittelerbringers an die Forderung einer barrierefreien Ausgestaltung der Praxen geknüpft werden.

Auch die Entlohnung von Ärzten, welche Menschen mit Behinderungen behandeln, müsste verbessert werden. Hier muss der erhöhte Ressourcenaufwand und die daran angepasste und angemessene Vergütung im ambulanten und stationären Sektor (EBM, GOÄ, DRG) bei der Planung berücksichtigt werden.

### **3. Paritätische Finanzierung**

Um zu einer gerechten und vollumfänglichen Gesundheitsversorgung und Pflege im Sinne des Art. 25 UN-BRK zu gelangen, sieht auch die BAG SELBSTHILFE die Notwendigkeit, zu einer paritätischen Beitragsfinanzierung zurückzukehren. Steigende Kosten dürfen nicht allein zu Lasten der Versicherten gehen, sondern müssen solidarisch getragen werden; insofern wird auch in dem Antrag genannte Heranziehung anderer Einkommensarten für sinnvoll erachtet.

#### 4. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches unter den Krankenkassen wurde im Grundsatz von der BAG SELBSTHILFE begrüßt. Allerdings birgt die aktuelle Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs die große Gefahr einer Verschlechterung der Versorgung für viele Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Anstatt einer Abbildung des Morbiditätsspektrums der Bevölkerung in einem fairen Ausgleichsverfahren führt die bislang gewählte Ausgleichssystematik zu einer nicht sachgerechten Auswahl privilegierter Erkrankungen und zur Ausgrenzung anderer Erkrankungen. Die willkürliche Begrenzung des Ausgleichs auf 80 Krankheiten ist jedenfalls in keiner Weise geeignet, die Gesamtheit chronischer Krankheiten wirklich abzubilden. Unverständlich ist, dass wichtige chronische Erkrankungen wie etwa die Alzheimer Demenz nicht mehr 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 werden. Insofern muss befürchtet werden, dass die Kassen auf lange Sicht bei Patienten, welche unter den im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigten Krankheiten leiden, im Versorgungsgeschehen benachteiligen. Nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE wäre für eine repräsentative Abbildung des Krankheitsgeschehens eine Zahl von mindestens 200 bis 300 Erkrankungen erforderlich; kurzfristig wäre die Aufnahme der Alzheimer Demenz zu veranlassen. Die entsprechende Vorschrift in § 31 RSAV muss dringend geändert werden.

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich auch und gerade für die dort berücksichtigten Indikationen mit qualitätssichernden Maßnahmen verknüpft sein muss. Nicht nur das künstliche Upgraden von Indikationen, sondern auch eine qualitativ schlechte Versorgung der Patienten muss vermieden werden, damit der Risikostrukturausgleich nicht zu einer Begünstigung derer führt, die unzureichend behandeln.

Berlin, 29. Mai 2013