



**Bundesverband
Selbsthilfe
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Jägerstr. 32 · 10117 Berlin

BAG-Selbsthilfe
Geschäftsführer
Herrn Dr. Martin Danner
Kirchfeldstr. 149
D- 40215 Düsseldorf

**Sozialpolitische Referentin
Cindy Quast**

Büro Berlin
Jägerstr. 32
Raum 3.617
10117 Berlin
Tel.: 030 8 14 52 68 -51
Fax: 030 8 14 52 68 -52
E-Mail: berlin@bsk-ev.org

Sitz des Verbandes
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-42
Fax: 06294 4281-19
www.bsk-ev.org
www.bsk-ev.org

Datum: 21.08.13
Unser Zeichen: CQ/ US/ HH

Vorab per Fax: :: + 49 (0) 211 - 31006-48

Anmerkungen des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. gegenüber den Neufestlegungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi- RSA)

Sehr geehrter Herr Dr. Danner,
Sehr geehrte Damen und Herren,

der **Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK)** begrüßt es als Vertreter der Interessen von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, die Neufestlegungen des Morbi- RSA kritisch hinterfragen zu können, um wichtige Hinweise zu formulieren, die bei der abzugebenden Stellungnahme des GKV- Spitzenverbandes Berücksichtigung finden sollen. Wir beschränken uns hierbei auf diejenigen Inhalte, die sowohl für unsere Mitglieder als auch für den Personenkreis, dessen Interessenvertreter wir sind, herausragende Bedeutung haben.

I. Vorbemerkung und Grundpositionen des BSK e.V.

Mittlerweile befindet sich die Weiterentwicklung des zu Beginn rein soziodemographischen Risikostrukturausgleichs des Jahres 1994, mit dem morbiditätsorientierten Ausgleich, in seinem vierten Jahr.

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 601 205 00 – Konto 77 02 100
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00
BIC BFSWDE33STG

Geschäftskonto:

Sparkasse Neckartal-Odenwald
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101

Der BSK ist Mitglied in diesen Verbänden:



Eine Veränderung, die, wie der BSK feststellt, zu großer Verunsicherung auf Seiten der Versicherten beitrug. Mit Einführung dieses wettbewerblichen Ordnungsrahmens und Einbindung in die veränderten Finanzströme, erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ihre Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds über den „prospektiv“ ausgestalteten Morbi-RSA, verbunden mit dem Ziel, die jeweilige wirtschaftliche Situation durch eine qualitative Versorgung effizienter steuern zu können.

Dennoch stellen wir auf Verbandsebene fest, dass das „Grouping“ i.S.v. Bildung morbiditätsbetroffener Versichertengruppen und ihrer individuellen Bedürfnisse (Alter, Geschlecht, ausgleichsfähige Krankheiten), nicht mit der gewünschten Qualität und Intensität von den beteiligten Verhandlungspartnern realisiert wurde. In der Folge führt dies zu einem Ungleichgewicht und enormen Verzerrungen bei den Zuweisungen.

Für gesunde Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen nach wie vor deutliche Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Vergleich zu älteren und kranken Versicherten (vgl. auch hierzu die aktuelle Rechtsprechung, im noch nicht rechtskräftigen Urteil des LSG NRW).¹

Der BSK verweist weiter auf die gravierende Intransparenz und Fehleranfälligkeit, nicht nur in Bezug auf die Konzeption des Berechnungsverfahrens des Morbi- RSA. Wichtig ist ein klares Verständnis und ausreichende Beratung, um die Komplexität des Morbi- RSA, dessen Ausgleichsverfahren und Rahmenbedingungen für die körperlich beeinträchtigten Versicherten zu „entschlüsseln“ und damit inhaltlich greifbar zu machen. Schlüsselstellung in der Vermittlung können unabhängige und professionelle Beratungsstellen/ Beratungsangebote und konkrete Fallbeispiele für die betroffenen Versicherten darstellen.

Der BSK e.V. stellt fest, dass die Versichertenstrukturen sich gemessen an Altersstruktur und Krankheitsbildentwicklung klar herausbildeten. Der bereits vor 2009, d.h. 1994 existierende Risikostrukturausgleich (RSA), zielte auf den Ausgleich, der finanziellen Ungleichgewichte, die durch unterschiedliche Strukturen der Versichertenbestände zwischen den Kassen entstanden waren. Das Basisprinzip bestand in der Berechnung nach Alter und Geschlecht standardisierter erwarteter Ausgaben mittels derer ein Gesamtbeitragsbedarf für die betreffende Einzelkasse kalkuliert wurde. Der alte RSA glich damit zwischen den realen (einkommensabhängig ausgestalteten) Beitragseinnahmen und dem berechneten (Erwartungs-) Beitragsbedarf aus. Daneben fanden Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Krankengeldanspruch und chronische Erkrankung als Risikofaktoren als auch die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder Berücksichtigung. In der Folge gab es einen Finanzfluss von Kassen mit einkommensstarken Versicherten zu Kassen mit einkommensschwachen Versicherten.

Mit Blick auf die unzureichend gewährten Leistungen, stellt der BSK weiter fest, dass auch aus unserer Sicht, der größte Nachteil des (alten) Systems, in der Nichterfassung der kassenspezifischen Morbidität liegt. Dieser Mangel im System manifestiert sich aus unserer Sicht gerade bei den multimorbiden älteren Versicherten und den Menschen mit körperlichen Beeinträchtigten, die in der Gesamtschau nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

¹ LSG- NRW, Az. L 16 KR 646/12 KL (Urteil vom 04.07.2013).

Zu hinterfragen ist auch, wie sich der Wegfall des Risikopools, der ca. 60% über dem Schwellenwert ausglich, sich de facto auswirkt. Hier gilt es Möglichkeiten auszuloten, wie Negativeffekte mit Langzeitwirkung abgefedert werden können.

Der BSK fordert einen achtsamen Umgang mit den Rechten der betroffenen Versicherten ein. Das Streben der Kassen, attraktiv für den Gesunden und unattraktiv für den Kranken am Markt expansiv zu handeln, darf nicht auf Kosten von Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität erfolgen.

Der Ist- Zustand wurde im Jahre 1994 festgeschrieben. Damit wurden Strukturen geschaffen, die sich nicht an gewandelte Verhältnisse anpassen.

Der BSK spricht sich daher vehement für eine umfassende und nachhaltige Neubewertung der seit 19 Jahren bestehenden Grundstrukturen aus. Eine geordnete Analyse drängt, indem die Grundprinzipien und Strukturen weder zeitgemäß, noch flexibel in der Handhabung sind.

II. Kritische Anmerkungen des BSK e.V. zum Entwurf des Morbi- RSA

Wichtig sind eine ausgewogene Gewichtung und ein nicht vorhandenes Definitionsgefälle des Entwurfs. Die Festlegungen müssen transparent als auch unter Einschluss aller Beteiligten – d.h. auch unter kontinuierlicher Einbindung der Patientenorganisationen – stattfinden.

Zum Punkt: Bildung geeigneter Morbiditätsgruppen; Hierarchien; neue ICD-Kodes

Hier besteht aus Sicht des BSK eine Schieflage der Interessen. Evident ist, dass diese Faktoren hauptsächlich an den Bedürfnissen der Krankenkassen, nicht aber an den Bedarfslagen der betroffenen Versichertengruppen orientiert sind, noch die unterschiedlichen Krankheiten in ausreichendem Maße berücksichtigen. Klärungs offen ist zusätzlich, wer die vorhandenen und geänderten Maßnahmen unabhängig und objektiv überprüft. Klärungsbedürftig daneben ist, wie dieses Verfahren den betroffenen Versichertengruppen tatsächlich hilft.

Der BSK kritisiert stark, dass nach jetzigem Stand, Veränderungen unberücksichtigt bleiben. Lediglich die Ausnahmen finden Beachtung. Die individuellen Notwendigkeiten wie bspw. die Barrierefreiheit bei der Schmerzbehandlung im Rahmen der Versorgungspraxis, werden überhaupt nicht erfasst.

Ein Zustand, der auch nicht durch die ICD-Kodes beseitigt werden kann. Die ICD-Kodes bedeuten aus Sicht des BSK das starre Festhalten am bisherigen Standard und dienen ausschließlich letzterem.

Zum Punkt: “Aushebelung“ des Wunsch- und Wahlrechts

Äußerst problematisch ist hierbei aus unserer Sicht, dass das Wunsch- und Wahlrecht, als gesetzliche Grundlage für die morbiditätsbetroffenen Versichertengruppen, nicht mehr in den Berechnungsprozess eingepflegt wird und somit außer Kraft gesetzt ist. Der BSK fordert hier eine Nachjustierung und Sicherung dieser Rechtsposition.

Zum Punkt: Gewichtungsfaktoren und Berechnungsverfahren für einen direkt morbiditätsorientierten RSA (Morbi- RSA)

Die Anpassung an die veränderten Bedürfnisse der morbiditätsbetroffenen Versichertengruppen zeigen Strukturmängel. Hintergrund ist, dass die Veränderungen an die gesetzlichen Rahmenbedingungen wie die UN- Behindertenrechtskonvention, die Regelungslücken und Umsetzungsdefizite beim SGB IX nicht ausreichend gewichtet und angepasst werden.

Zum Punkt: Altersbezogene Über- Unterdeckungen

Der BSK fordert eine Neuregelung bei den Berechnungen der altersbezogenen Über- und Unterdeckungen in den vorliegenden „Anhaltsszahlen“. Diese ist aus unserer Sicht absolut zwingend. Hierbei darf der Kostenfaktor im Rahmen der „standardisierten Leistungsausgaben“ nicht alleinige Berechnungsgrundlage sein. Klar im Vordergrund müssen: ein hohes Maß an Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Evidenz und Behandlungsqualität stehen. Folgerichtig sind diese Komponenten als die bestimmenden Kriterien in die Berechnung einzustellen.

Zum Punkt: Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage oder Verordnungsquartale; Statistiken

Der BSK betont, Statistiken müssen die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit abbilden. Wichtig ist, dass die Ablehnung der Behandlung und deren Gründe erfasst und effizient in der Statistik aufbereitet werden.

Zum Punkt: Pflegehilfsmittel

Aus unserer Sicht müssen datenschutzrechtliche Bedenken transparent und zielgenau aufgezeigt werden. Es bedarf daneben differenzierter buchungsrechtlicher Vorschriften für die unterschiedlichen Rechte- und Pflichtenkataloge im SGB V, IX, und XI.

Zusätzliche Anmerkung:

Der BSK plädiert für eine Bewertungsanalyse über den Wegfall des Risikopools.

III. Schlussbemerkung

Abschließend stellt der BSK fest, trotz „prospektiver“ Konstruierung, die **Treffericherheit des Morbi- RSA** ist aufgrund der beschränkten Einbeziehung erklärender Variablen **äußerst gering und bleibt hinter den Erwartungen nach einem optimierten Versorgungsmanagement zurück.**

Es ist ein *zeitgemäßes Langzeitprofil der Deckungsbeiträge* zu entwickeln, welches in hinreichendem Maße die individuellen Bedarfslagen von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen erfasst.

Der Gesundheitsfonds macht eine Fehlentwicklung ersichtlich: Beitragsüberschüsse erzielen die Kassen mit den gesunden Versicherten. Unterdeckung erfahren hingegen

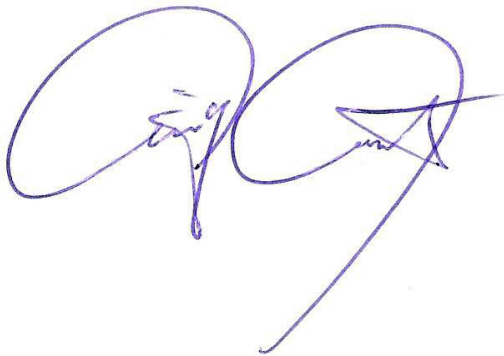
Investitionen in Versorgungsverträge und Personal, dem gesteigerten Bedarf an Beratung- und Betreuungsleistungen kranker Menschen.

Der BSK stellt fest, das Ziel des Morbi- RSA nach effizienter, aber dennoch qualitativer Versorgung, wurde nicht erreicht.

Grundsätzlich befürwortet der BSK den Entwurf zum Morbi- RSA, vorbehaltlich der Einarbeitung und Berücksichtigung der formulierten Ergänzungs- und Änderungswünsche. Anderenfalls, erscheint uns der M-RSA nicht geeignet den Bedürfnissen unserer Mitglieder ausreichend Rechnung zu tragen.

Wir bitten um Prüfung, Berücksichtigung und Nachregulierung der von uns vorgebrachten Bedenken und Mitteilung über den weiteren Handlungsverlauf durch die BAG-Selbsthilfe zur abzugebenden Stellungnahme des GKV- Spitzenverbandes.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, flowing letters that appear to read 'C. Quast'.

Cindy Quast

Sozialpolitische Referentin, BSK e.V.