

Stellungnahme

der

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

zu

**dem Entwurf des Bundesversicherungsamtes
zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten
für das Ausgleichsjahr 2014**

(Az. VII-5572.02-3591/2012)

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften bedauert es die BAG SELBSTHILFE sehr, dass im Zuge der letzten Überarbeitung der Methodenfehler im

Berechnungsverfahren nicht behoben wurde, welcher zur Folge hatte, dass für die Versorgung von alten und kranken Menschen zu wenig Geld zur Verfügung gestellt wurde. Gleichzeitig möchte die BAG SELBSTHILFE ihre Kritik an der Herausnahme der Alzheimer Demenzen erneuern und um Wiederaufnahme dieser Erkrankung bitten.

1. Zielgenauere Ausgestaltung des Morbi- RSA

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es dringend notwendig, dass der Methodenfehler behoben wird. Gerade die Vorgänge im Zusammenhang mit der KKH Allianz und der City BKK verdeutlichen, dass nach wie vor teilweise eine Unterdeckung der Krankenkassen für die Versorgung von älteren und chronisch kranken Menschen besteht und dies immer wieder dazu führt, dass Krankenkassen Maßnahmen ergreifen, um diese Personengruppe zu einem Wechsel der Krankenkasse zu bewegen. Der Befund, wonach beim Morbi-RSA derzeit eine systematische Unterdeckung sog. schlechter Risiken vorliegt, wurde auch bestätigt durch einen Artikel von Herrn Dr. Göppfarth (G + S, 2012, Heft 1). Danach bestehen bei jüngeren Versicherten nach wie vor Überdeckungen, während bei älteren Versicherten Unterdeckungen vorhanden sind. Begründet wurde dies mit der fehlenden Annualisierung der Ausgaben Verstorbener, also gerade wegen des Methodenfehlers, dessen Behebung der Wissenschaftliche Beirat empfohlen hat und der unverständlicherweise nicht abgeändert wurde.

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 ist es daher unverständlich, dass das Bundesversicherungsamt nicht - wie beabsichtigt- dem Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats gefolgt ist, die Berechnung auf Pro- Tag- Werte umzustellen statt wie bisher auf Jahreswerte des Versicherten. Auf diese Weise hätte ein erster Schritt in Richtung einer zielgenaueren Abbildung der tatsächlichen Krankheitskosten getroffen werden können.

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 natürlich auch ihre Gesundheit.

Aus diesem Grunde befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch die Idee eines (Hoch-) Risikopools als einen ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA und einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Krankenkassen. Auf lange Sicht müsste jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE seitens des Gesetzgebers die Anzahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf mindestens 200 -

300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zum MorbiRSA vorgeschlagen wurde. Zudem müsste insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im MorbiRSA abgebildet werden können.

2. Zuordnung der Borreliose

Klärungsbedarf wird ferner hinsichtlich der Zuordnung der Borreliose gesehen. Hier bestehen mehrfache Möglichkeiten der Einordnung, die je nach Sichtweise der medizinischen Ausbildung differieren.

Beispiel:

- 3: Infektionen durch opportunistische Erreger,
- 26: Depression (bei Borreliose eine klassische Fehldiagnose),
- 28: Chronischer Schmerz
- 36: Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS,
- 62: Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen,

Hingegen fehlt ICD-Code A69.2 Lyme-Krankheit, mit einem Symptomenstrauß wie oben beschrieben, der Behandler und Leistungsträger aus monetären Gründen geradezu in die Fehldiagnosen hetzt.

Es ist nicht einsehbar, weshalb z.B. 62) schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen für das Ausgleichsjahr zu berücksichtigend sein sollen, eine schwerwiegende Lyme-Krankheit (ICD-10: A69.2 bzw. M01.2) als schwer wiegende bakterielle Infektion nicht.

Die Daten der Auswertungen sind nicht nachvollziehbar. Erwartete Mehrkosten für

- + Lyme-Borreliose (ICD-10: „Lyme-Krankheit!!) - 210,13 €
- + Anaphylaktischer Schock + 848,67 €
- + Multiple Sklerose u. andere demyelinis. Entzündungen + 6.679,67 €
- + Infektion durch opportunistische Erreger + 2.624,13 €

Insofern möchten wir ergänzend um Zurverfügungstellung der entsprechenden Berechnungsgrundlagen bitten.

3. Herausnahme der Alzheimer- Krankheit/ Demenzen

An der Kritik der Herausnahme der Alzheimer Krankheit/ Demenz für das Jahr 2013 wird festgehalten:

Die in der letzten Überarbeitung vorgelegte Liste der Krankheiten für das Jahr 2013 hat aus Sicht der BAG SELBSTHILFE und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft enttäuscht, weil - wie schon in dem ersten Gutachten 2008 - weder die Alzheimer-Krankheit noch andere Demenzformen in der Liste enthalten sind. Später hat man die Demenzen sehr wohl aufgenommen. Es ist aus unserer Sicht unverständlich, wie durch Umgruppierungen von Krankheiten die Demenzen, auch die Alzheimer-Krankheit, plötzlich zu den unspezifischen degenerativen Krankheiten des Nervensystems gehören soll, obwohl die Diagnostik und Abgrenzung der verschiedenen Demenzformen immer genauer wird:

Demenzen gehören zu den großen Volkskrankheiten. Schon jetzt leiden etwa 1,2 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenzerkrankung. Auf Grund der demographischen Entwicklung wird weltweit - ohne einen Durchbruch in Prävention und Therapie - eine enorme Zunahme in den nächsten Jahren erwartet. Für Deutschland sind Zahlen von 2,6 Millionen für das Jahr 2050 prognostiziert (Bickel, 2010). Dies entspricht einem mittleren Anstieg der Patientenzahlen um über 35.000 pro Jahr.

Im Bereich der Demenzen wird seit Jahren eine Unterversorgung sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im Bereich der Therapie beklagt. Studien belegen, dass nur ein geringer Teil der Patienten gemäß den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften mit Anti-Dementiva behandelt wird. Dies bestätigen auch die 5.000-6.000 Menschen, die die Alzheimer Gesellschaft pro Jahr an ihrem bundesweiten Alzheimer-Telefon informieren und beraten. Hier wird also bei der Berechnung der Zustand einer chronischen Unterversorgung zur Grundlage

gemacht, von der zu befürchten ist, dass sie durch den MorbiRSA zementiert werden wird.

Hinzu kommt, dass viele Demenzkranke sich krankheitsbedingt weigern, einen Arzt aufzusuchen, insbesondere wenn sie keine Angehörigen haben, die einen Arztbesuch veranlassen. Das spart Kosten, weil diese Menschen nicht oder viel zu spät diagnostiziert werden und sich nicht behandeln lassen. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE und der Alzheimer Gesellschaft kann es nicht sein, dass aus diesem Grund die Gruppe der Demenzkranken quasi noch bestraft wird, weil sie krankheitsbedingt Kosten nicht verursacht. Gemeinsames Ziel sollte doch sein, dass allen erkrankten Patienten, auch die zunehmende Zahl der allein lebenden Demenzkranken, eine Behandlung zugänglich gemacht wird.

Außerdem möchten wir darauf hinweisen, dass in vielen Fällen Demenzkranke wegen anderer Erkrankungen ins Krankenhaus eingewiesen werden, z.B. Hüftgelenksfraktur, entgleister Diabetes usw. Eine Behandlung ist bei bestehender Demenz oft sehr viel schwieriger und sorgt für längere Liegezeiten. Diese Mehrkosten werden nicht der demenziellen Grunderkrankung zugeschrieben sondern der Aufnahmediagnose. Auf Grund der Zunahme der Demenzen erwarten wir künftig eine größere Zahl von Demenzkranken auf allen Stationen von Krankenhäusern, die durch den zeitintensiveren Umgang mit ihnen auch höhere Kosten durch längere Liegezeiten verursachen werden.

Eine grundsätzliche Kritik wird mit der Diskussion über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wieder bestärkt. In unserem Gesundheitswesen wird der Mensch nicht ganzheitlich betrachtet, was ökonomisch gesehen nicht nur zu einer problematischen Versorgung für den Einzelnen führt, sondern auch gesamtgesellschaftlich nicht sinnvoll erscheint. Im Bereich der Demenzen wird sehr deutlich, was die Sektorisierung unseres Gesundheitswesen verursacht. Mit dem MorbiRSA werden nur die Kosten der Krankenversicherung betrachtet. Was eine leitliniengerechte Therapie und die Ausnutzung der Rehabilitationspotentiale für die Pflegekassen und auch für die Versorgung durch die Familien bedeutet, wird bei dieser Sichtweise nicht berücksichtigt.

Wir hoffen sehr, dass die Demenzen erneut in die Liste der zu berücksichtigenden Krankheiten aufgenommen werden, damit die schlechte Versorgungslage durch den MorbiRSA nicht noch fest geschrieben wird.

Berlin, 24.1.2013