

Stellungnahme der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
zum
Referentenentwurf
der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)
Bearbeitungsstand: 25.08.2010

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) ist der Fachverband zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, der Fachverband für Selbsthilfekontaktstellen und - gemäß Patientenbeteiligungsverordnung - maßgebliche Organisation für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140 f SGB V.

Die DAG SHG bedankt sich für die Gelegenheit einer Stellung nehmenden Äußerung zu dem Entwurf, empfindet den zur Verfügung stehenden Zeitraum allerdings als deutlich zu kurz und der Aufgabe nicht angemessen. Der Gesetzentwurf wurde am Nachmittag des 25. August 2010 per Email übersandt, auf dem Postwege erreichte uns das Schreiben am 30. August 2010 mit der Bitte um Stellungnahme zum 6. September 2010.

I.

Ausgabenbegrenzung und Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Im Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung werden die Notwendigkeit der Reform des

Finanzierungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung skizziert und Lösungswege aufgezeigt:

Die Reform sei notwendig, um die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu beheben, damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung trotz des steigenden Anteils älterer Menschen und der Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auch weiterhin erhalten werden kann und um die Finanzierungsgrundlagen für die GKV auf eine solide Basis zu stellen.

Zur Bewältigung der Probleme soll zunächst der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent angehoben werden zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten. Der Arbeitgeberbeitrag soll dann auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben werden.

Unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende, Ausgabensteigerungen sollen zudem durch kassenindividuell festgelegte, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, soll ein Sozialausgleich erfolgen.

Mit diesen Maßnahmen des Gesetzes soll die GKV durch höhere Beitragseinnahmen finanziell entlastet werden. Die veranschlagten jährlichen Mehreinnahmen in einer finanziellen Größenordnung von rd. 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 ergeben sich für die GKV aus der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte, welche von den Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen sind.

Die Versicherten haben zudem den mitgliederbezogenen Beitragsanteil von 0,9 Prozentpunkten sowie den kassenindividuell festgelegten, einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag aufzubringen.

Darüber hinaus soll nach dem Gesetzesentwurf ein Wechsel in die private Krankenversicherung zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein. Aus dieser Erleichterung des Wechsels gesetzlich versicherter Personen in die private Krankenversicherung ergeben sich geschätzt ab 2011 jährliche Mindereinnahmen in einer Größenordnung von rd. 0,2 Mrd. Euro.

Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung soll begrenzt werden.

II.

Die Regelungen zu Beitragserhöhungen führen zu einer weiteren Belastung chronisch kranker und behinderter Menschen

Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben bereits jetzt große finanzielle Belastungen zu tragen, wenn sie zu Patientinnen und Patienten werden, also Leistungen ihrer Krankenversicherung in Anspruch nehmen müssen. Patientinnen und Patienten sind gemäß § 61 SGB V zu Zuzahlungen verpflichtet bei Medikamenten, stationären Maßnahmen, Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege, darüber hinaus aber auch z.B. bei medizinisch notwendigen Fahrtkosten gemäß § 60 SGB V und zur Zahlung der so genannten Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V. Diese Kosten entstehen neben den Beitragszahlungen nach § 241 SGB V und belasten insbesondere chronisch kranke Menschen, die entsprechende Leistungen stark in Anspruch nehmen müssen, sehr.

Für die Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V ist in § 62 SGB V eine Belastungsgrenze definiert. Diese beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch kranke Menschen 1%, wenn sie wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind.

Die Vielzahl der Zuzahlungsverpflichtungen, die neben dem allgemeinen Beitragssatz und dem (ggf.) erhobenen kassenindividuellen Beitrag bestehen, führen bereits

heute, trotz der Regelungen zur Belastungsgrenze, zu großen finanziellen Aufwendungen von Patientinnen und Patienten. Beim Durchschnittseinkommen in Deutschland 2009 in Höhe von 30.879 Euro brutto jährlich sind selbst dann noch mehr als 600 EUR (bei chronisch kranken Menschen immerhin noch mehr als 300 EUR) selbst aufzubringen, wenn auf Antrag wegen der Belastungsgrenze die Höhe der Zuzahlungen begrenzt ist. Hinzu kommen dann noch die weiteren Zuzahlungen, die nicht von den §§ 61, 62 SGB V erfasst sind.

Zukünftig sollen höhere finanzielle Bedarfe der gesetzlichen Krankenkassen, die sich aufgrund der demographischen Entwicklung und anderen strukturellen Problemen oder dem medizinischen Fortschritt in unserem Land ergeben, allein von den Versicherten aufgebracht werden, die ein Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze erwirtschaften. Der Beitrag der ursprünglich paritätisch beteiligten Arbeitgeber wird festgeschrieben. Darüber hinaus sind kassenindividuelle, einkommensunabhängige Beiträge möglich, allerdings erneut mit einer Regelung zum Sozialausgleich, wenn 2% der beitragspflichtigen Einnahmen überschritten werden. Bei dem Beispiel des Durchschnittseinkommens in Deutschland 2009 in Höhe von 30.879 Euro brutto wären jährlich dennoch mehr als 600 EUR von den Versicherten zusätzlich zu den finanziellen Aufwendungen für die bereits bestehenden Zuzahlungsverpflichtungen sowie die aktuellen Beiträge zur Krankenversicherung aufzubringen.

Zugleich soll der Austritt aus dem solidarischen Sozialversicherungssystem zügiger möglich werden für diejenigen Versicherten, die die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, wodurch die Versichertengemeinschaft insgesamt kleiner und wirtschaftlich noch fragiler wird.

Es entsteht die Gefahr einer Verstärkung der strukturellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung, es entsteht aber insbesondere eine noch größere Belastung chronisch kranker Patientinnen und Patienten.

Chronisch kranke Menschen finden bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze nicht selbstverständlich eine neue Krankenkasse ihres Vertrauens. Auch ein Wechsel innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenkassen überfordert diejenigen Patientinnen und Patienten, die z.B. aufgrund ihres Alters oder ihres ländlichen Wohnortes diesem erheblichen organisatorischen Aufwand nicht gewachsen sind.

Die Fülle der unterschiedlichen Zuzahlungs- und Beitragsverpflichtungen sind zudem recht verwirrend und von einzelnen, insbesondere alten und chronisch kranken Menschen, nicht mehr nachvollziehbar.

III.

Hausärztliche Versorgung muss gestärkt werden

Hausärztliche Versorgung ist gerade für Ältere wichtig, damit unterschiedliche Behandlungen (Multimorbidität) koordiniert werden und bei Problemen eine fachlich versierte Vertrauensperson zur Verfügung steht. Die hausarztzentrierte Versorgung wurde eingeführt, um die Versorgung qualitativ zu verbessern und durch bessere Koordination der ärztlichen Gesamtleistungen Kosten zu sparen. Gleichzeitig haben die beteiligten Hausärzte an Qualitätssichernden Maßnahmen teilzunehmen, was wiederum die Versorgung verbessern und an die Bedarfe der älteren sowie durch chronische Erkrankungen und Behinderungen belasteten Bevölkerung anpassen sollte.

Bei der künftig zu erwartenden Entwicklung (geburtenstarke Jahrgänge werden alt, chronische Erkrankungen führen später zum Tod, versorgende Familienstrukturen nehmen ab) werden die Auslastung der Hausärzte und die Differenzierung der von ihnen zu leistenden Aufgaben in Zukunft zunehmen. Wenn der - gerade in ländlichen Gebieten - bereits bestehende Hausärztemangel weiter voranschreitet, wirkt die geplante gesetzliche Regelung zur Kostendämpfung eher kontraproduktiv, in eine „hausarztzentrierte Versorgung“ müsste eher investiert werden.

Wir fordern daher, dass die skizzierten, bereits bestehenden finanziellen und organisatorischen Belastungen und die Bedarfe an einer qualifizierten hausärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten, vor allem aber von alten und chronisch kranken Menschen, bei der Weiterentwicklung des Gesetzentwurfes berücksichtigt werden.

Berlin, den 6.09.2010

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Wilmsdorfer Str. 39

10627 Berlin

E-Mail: verwaltung@dag-shg.de

Internet: <http://www.dag-shg.de>

Tel: 030 / 31018980 (NAKOS)