



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga zum Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz, GKV-VEG)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem Ziel, Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Sozialbeiträgen zu entlasten. Gleichzeitig sollen die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihre Finanzreserven abzubauen. Der Gesetzentwurf sieht außerdem eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) vor.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für Selbständige mit geringem Einkommen zu verringern, den Aktienanteil für Altersrückstellungen der Krankenkassen zu erhöhen und die Mitgliedsbestände der Kassen „um passive“ Mitgliedschaften zu bereinigen.

Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der GKV-Beiträge ist Bestandteil des Koalitionsvertrages zwischen SPD, CDU und CSU.

Zu einzelnen Vorschlägen:

1. Paritätische Finanzierung der GKV-Beiträge

Ab dem 01. Januar 2019 werden die Beiträge der Krankenversicherung wieder hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. Der Zusatzbeitrag wird ebenfalls paritätisch finanziert (§ 249 -neu).

Die Deutsche Rheuma-Liga **begrüßt ausdrücklich** die Absicht der Bundesregierung, die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung wieder herzustellen. Gerade für chronisch kranke Menschen ist jede finanzielle Entlastung ein Gewinn, da sie zusätzlich zum GKV-Beitrag zahlreiche Zuzahlungen für Medikamente und Hilfsmittel leisten müssen. Bereits in ihrem „Aktionsplan für rheumakranke Menschen“ (aktualisierte Ausgabe 2016) fordert die Deutsche Rheuma-Liga den Gesetzgeber hierzu auf.

2. Abschmelzen der Finanzreserven der Krankenkassen

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Finanzreserven abzuschmelzen. Laut Bundesgesundheitsministerium haben die Kassen derzeit ein Finanzpolster von rund 20 Milliarden Euro. Geplant ist, dass die Finanzreserve der Krankenkasse zukünftig eine Monatsausgabe nicht überschreitet (Obergrenze). Zudem dürfen diese ihren Zusatzbeitragssatz solange nicht anheben, wie die Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten. (§ 242 Abs. 1 -neu). Diese Maßnahme soll ab 2020 greifen. Im Vorfeld soll eine Reform des Morbi-RSA erfolgen. Ist diese Reform nicht bis zum

31. Dezember 2019 abgeschlossen, treten die (Fristen-)Regelungen zum schrittweisen Abbau der Finanzreserven nicht in Kraft (§ 260 Abs. 5 -neu). Zusätzlich sollen die Krankenkassen überschüssige Finanzreserven über die Absenkung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages an ihre Versicherten ausschütten (§ 262 Abs. 2a -neu) und diese somit weiter finanziell entlasten.

Nach Auffassung der Rheuma-Liga ist es dringend notwendig, frei werdende Gelder dafür zu nutzen, **die Versorgung chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen zu verbessern** und deren **finanzielle Belastung zu verringern**.

Eine Online-Umfrage der Deutschen Rheuma-Liga „Rheuma eine Stimme geben!“ im Frühjahr 2017 hat gezeigt, dass für rheumakranke Menschen **zusätzliche finanzielle Belastungen** in unterschiedlichen Bereichen entstehen.

Besonders die **Fahrtkosten zu Therapien und Ärzten** belasten rheumakranke Menschen über die Maßen. Aufgrund der mangelhaften **Versorgung mit internistischen Rheumatologen insbesondere im ländlichen Raum** müssen Betroffene weite Wege und Fahrzeiten zu Arztterminen in Kauf nehmen. Trotz der zunehmenden - und vom Gesetzgeber gewünschten - **Ambulantisierung von Therapien** wird die **Übernahme der Fahrtkosten** durch die GKV nur in wenigen Ausnahmefällen (Fahrten zur Dialyse und der onkologischen Bestrahlungstherapie bzw. der onkologischen Chemotherapie) ermöglicht.

Rheumakranke Menschen sind aufgrund ihrer Erkrankung auf eine **Versorgung mit Hilfsmitteln** angewiesen. Hierzu gehören Mobilitätshilfen wie Rollstühle oder Gehhilfen genauso wie orthopädische Hilfsmittel (Schienen, Orthesen, Einlagen für Schuhe) und Hilfen zur Körperpflege.

Ziel jeder Hilfsmittelversorgung sollte es sein, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und ihnen die soziale Teilhabe zu ermöglichen.

Demgegenüber steht die **restriktive Bewilligungspraxis** der Krankenkassen, die den berechtigten Anspruch der Betroffenen auf eine gleichberechtigte Teilhabe konterkariert.

So zeigt die Studie des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES-Instituts) „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ vom Juni 2017, dass es bei einigen Krankenkassen zu **Ablehnungsquoten** von bis zu 24,5 Prozent **im Hilfsmittelbereich** kommt. Kritisch bewertet die Studie auch den Zusammenhang zwischen Ablehnungsquote und betroffener Personengruppe, wie chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderungen.

Hilfsmittel des täglichen Gebrauchs (Griffverstärker, Anziehhilfen oder Arbeitsplatzhilfen) sind erst gar nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten. Dabei ermöglichen sie den Betroffenen einen aktiven Gelenkschutz und tragen dazu bei, möglichst eigenständig zu leben.

Ein wichtiges Ziel des 2017 in Kraft getretenen Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) ist es, die **Qualität in der Hilfsmittelversorgung** zu steigern. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die gesetzlichen Regelungen von den Krankenkassen nicht ausreichend umgesetzt

werden. Nach wie vor werden Ausschreibungen überwiegend über den Preis entschieden.

Leidtragende dieses **Sparkurses der Krankenkassen** sind die Betroffenen: Viele der Hilfsmittel haben eine so schlechte Qualität, dass sie kaum eingesetzt werden können (s. auch Sonderbericht des Bundesversicherungsamtes zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, April 2018). Um überhaupt ausreichend versorgt zu sein, müssen Betroffene daher auf Alternative ausweichen und diese selbst bezahlen. Dies erhöht ihre finanzielle Belastung abermals.

Bonn, den 13.07.2018