

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)123(14neu)
gel. VB zur öAnh am 18.12.2019 -
GKV-FKG
18.12.2019

B.A.G.
SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

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

zum

**Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwett-
bewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-FKG)**

**- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 18. Dezember 2019 -**

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE explizit, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird. Die BAG SELBSTHILFE hatte ein solches Modell bereits bei der Schaffung des Systems gefordert, da sie das Risiko sah, dass Menschen mit bestimmten - nicht im MorbiRSA gelisteten oder unzureichend abgebildeten - Erkrankungen in der Ver-

sorgung benachteiligt würden. Befürchtet wurde, dass einerseits für nichtgelistete Erkrankungen keine Selektivverträge vereinbart würden; andererseits wurde aber auch das Risiko gesehen, dass Krankenkassen Versicherte mit nicht gelisteten oder unzureichend abgebildeten Erkrankungen durch Leistungseinschränkungen aus der Kasse drängen. Letztere Befürchtung hat sich glücklicherweise nur in einzelnen Fällen bei Erkrankungen bewahrheitet, die zwar im MorbiRSA gelistet, aber sehr hochpreisig waren und deren Erstattung durch die Zuordnung zu einer Krankheitsgruppe in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Leistungsausgaben stand (z.B. Mukopolysaccharidosen eines bestimmten Typs: Erstattung der Krankheitsgruppe ca. 1.400 €; die Kosten für die Enzymersatztherapie lagen im sechsstelligen Bereich; die Höhe der Erstattung wurde später erfreulicherweise etwas geändert). Das Beispiel zeigt jedoch auch, dass die Zielgenauigkeit auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht ausreichend sein wird, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in einer Krankheitsgruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**, da dieser die Problematik der hochpreisigen seltenen Erkrankungen ein Stück weit entschärft. Aus Patientensicht stellt der Hochrisikopool eine wichtige Ergänzung zum Vollmodell mit HMG dar, dessen Zielgenauigkeit eben auch bestimmte Grenzen hat - gerade bei seltenen teuren Erkrankungen. **Sehr begrüßt wird seitens der BAG SELBSTHILFE ebenfalls, dass die Streichung der DMP-Programmpauschale** - gegenüber der Regelung im Referentenentwurf - gestrichen wurde; aus ihrer Sicht stand diese Streichung im Widerspruch zu der im Koalitionsvertrag festgelegten Absicht, die Disease Management Programme für chronisch Kranke zu stärken. Eine Abschaffung dieser Pauschale hätte vermutlich zu einer erheblichen Verringerung der DMP Programme in der Praxis geführt; vor diesem Hintergrund wird es sehr begrüßt, dass die Pauschale beibehalten bleiben soll.

Eine **wichtige Verbesserung für Patient*innen stellt zudem auch die vorgesehene Transparenzstelle** dar. Wenn eine Krankenkasse im Moment nicht mit der Erstattung einer Methode wirbt, können Betroffene derzeit kaum klären, welche Krankenkassen selektivvertraglich die für sie wichtige Leistung erstatten. So wurde etwa versucht zu klären, welche Krankenkasse Selektivverträge zur PET/PET-CT (Diagnostikum, das u.U. zur Abklärung von Krebserkrankungen eingesetzt wird) ha-

ben; dies war nicht wirklich umzusetzen. Ein wettbewerbliches Verhalten ist damit eigentlich faktisch unmöglich; vergleicht man die derzeitige Situation etwa mit einem Autokauf, so kaufen Versicherte ein Auto, bei dem sie nicht wissen, ob sie es mit einem bestimmten Bremskraftverstärker gekauft haben oder nicht. Und auch wenn der Leistungskatalog der GKV an sich alle notwendigen Leistungen enthalten sollte, so ist dies allein schon durch die Dauer des Bewertungsverfahrens im GBA von in Zukunft zwei Jahren im ambulanten Bereich bestenfalls mit Verzögerungen sichergestellt. Hier können entsprechende Regelungen in Selektivverträgen wichtige Übergänge für die Versorgung von Patient*innen sicherstellen.

Über diese Transparenzstelle und die dort enthaltenen Informationen zu Selektivverträgen hinaus wäre es jedoch für Patient*innen wichtig, ein **Qualitätsportal** zu zur Verfügung zu haben, wie es der **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN** fordert: Patient*innen, die ihre Entscheidung für eine Krankenkasse nach relevanten Qualitätsgesichtspunkten oder ihrer persönlichen Krankheitssituation ausrichten wollen, finden dazu derzeit praktisch keine Informationen - von begrüßenswerten Ausnahmen abgesehen. Insoweit haben die Menschen derzeit die irritierende Situation, dass sie sich einerseits bei der Auswahl ihrer Krankenkasse wettbewerblich verhalten sollen, aber die für sie entscheidenden Faktoren für sie nicht ersichtlich sind. Nach Erfahrung der BAG SELBSTHILFE sind es zum Beispiel bei vielen Betroffenen wichtig, dass sie unbürokratisch und schnell Versorgungsangebote, wie etwa Hilfsmittel, erhalten, und dass die Kommunikation mit Ihnen respektvoll und barrierefrei erfolgt. Gerade der lange Papierkrieg mit Kostenträgern wird immer wieder als eine der größten Belastungen für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen genannt. Deswegen sollten gerade diese Aspekte - wie etwa Bewilligungsquoten und Verfahrensdauern - dringend in das Portal einfließen. DIE BAG SELBSTHILFE unterstützt daher den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN in vollem Umfang.

Zu den Regelungen des Entwurfs im Einzelnen:

1. Beschränkung des Wettbewerbs und der Werbemaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (Ar. 4, § 4a SGB V)

a. Zuweisung der wettbewerbsrechtlichen Streitigkeiten zur Sozialgerichtsbarkeit (Art. 1, § 29 SGG)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich, dass die Rechtswegzuweisung an die Zivilgerichte, die sich noch im Referentenentwurf fand, abgeändert wurde und nunmehr die Sozialgerichtsbarkeit weiterhin zuständig sein soll. Dies ist einerseits fachlich sinnvoll, da gerade die Sozialgerichte über viel Erfahrung mit Verfahren in diesem Bereich verfügen. Zum anderen hätte eine Zuweisung an die Zivilgerichte unter Umständen eine noch stärkere wettbewerbsrechtliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Folge gehabt, die aus der Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen nicht wünschenswert ist.

b. Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis der Länder und des Bundesversicherungsamtes über gegenseitige Abstimmungen (Art. 3, § 90 SGB IV)

Der gegenseitige Erfahrungs- und Meinungs austausch zwischen Länderaufsichten und Bundesversicherungsamt wird zwar befürwortet; auch die Tatsache, dass ein Konfliktlösungsmechanismus für die Entscheidung über unterschiedliche Aufsichtspraxen eingeführt wird, ist grundsätzlich aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sehr sinnvoll. Es kann aber derzeit nicht abgesehen werden, ob dieser Konfliktlösungsmechanismus tatsächlich zu tragfähigen Ergebnissen führt bzw. tatsächlich geeignet ist, die entsprechenden Konflikte aufzulösen. Insoweit erscheint es sinnvoll, die entsprechenden Diskussionen über unterschiedliche Aufsichtspraxen zu evaluieren und transparent zu machen, damit ggf. zeitnah gesetzliche Nachsteuerungen diskutiert werden können.

c. Verbot von Maßnahmen des Wettbewerbs zur Risikoselektion (Art. 5, § 4a Abs. 1 S. 3 SGB V)

Zu Recht wird im vorliegenden Entwurf festgelegt, dass wettbewerbliche Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar bzw. mittelbar för-

dern, unzulässig sind. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist diese Regelung logische Konsequenz des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V. Danach dürfen die Krankenkassen keine Leistungen gewähren, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind; Patienten haben keinen Anspruch auf derartige Leistungen. Wettbewerbliche Leistungen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, sind damit bereits unwirtschaftlich. Insoweit wird die Regelung als Klarstellung explizit begrüßt, zumal sie die GKV vor unsinnigen Ausgaben bewahrt und damit mittelbar auch chronisch Kranke schützt, die normalerweise bisher nicht zu derjenigen Gruppe gehören, welche durch wettbewerbliche Maßnahmen gewonnen werden sollen.

**d. Begrenzung der Werbemöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen
(Art. 5, § 4a Abs. 3, 4 SGB V)**

Auch die Begrenzung der Werbung insbesondere in finanzieller Hinsicht wird positiv gesehen. Gerade für chronisch Kranke war es in der Vergangenheit immer wieder frustrierend zu sehen, wie offenbar von „ihrer“ Krankenkasse hohe Werbeausgaben mit niedrigem Informationsgehalt getätigt wurden, während die aufgrund von Ausschreibungen erfolgten Pauschalen bei Hilfsmitteln bei ihrer Krankenkasse sanken und sie oft Aufzahlungen leisten mussten, um die für sie notwendige Qualität weiterhin zu erhalten. Insoweit wird es für wichtig angesehen, dass die Ausgaben zu werblichen Zwecken begrenzt bleiben und sich die Krankenkassen auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren, nämlich die gute Versorgung von erkrankten Menschen.

2. Maßnahmen gegen Betreuungsstrukturverträge (Art. 5, §§ 73b Abs. 5 S. 7, 83 Abs. 4, 140a Abs. 2 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die - gegenüber dem Referentenentwurf erfolgte - Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass nach wie vor Selektivverträge für spezielle Zielgruppen möglich sind, die nicht durch Kapitelbeschreibung oder Obergruppen (Dreisteller) erfasst werden können. In den Diskussionen zum Referentenentwurf war diesseits die Besorgnis aufgekommen, dass die vorgesehenen Regelungen zur Verhinderung des Missbrauchs von Betreuungsstrukturverträgen als „Kollateralschaden“ die Durchführung von Selektivverträgen und etwa auch durch den

Innovationsausschuss geförderten sinnvollen Projekten behindern könnten. Insoweit enthält die Gesetzesbegründung eine wichtige Klarstellung in dieser Hinsicht.

3. Geschlechtsspezifische Besetzung des Vorstands, des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses und des Verwaltungsrates der GKV- Spitzenverbandes (Art. 5, § 217b, 217c SGB V)

Die angemessene Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen des Gesundheitswesens ist bisher noch nicht ansatzweise ausreichend umgesetzt. Vor diesem Hintergrund werden die im Entwurf vorgesehenen Regelungen als ein wichtiger erster Schritt zur Verwirklichung dieses Ziels begrüßt.

Hinzu kommt folgendes: In Anbetracht der Tatsache, dass insbesondere der Vorstand in Zusammenarbeit mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss, aber auch der Verwaltungsrat wichtige Entscheidungen treffen müssen, die - z.B. auch im Rahmen des Stimmrechts im Gemeinsamen Bundesausschuss - spezifisch nur Frauen oder nur Männer betreffen (etwa organisiertes Screening auf Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebscreening), ist es wichtig, dass beide Geschlechter für die Beschlussfassung angemessen repräsentiert sind und die jeweiligen geschlechtsspezifischen Aspekte und Priorisierungen damit berücksichtigt werden.

Auch aus diesem Grund wird die vorgesehene Regelung begrüßt, allerdings wirklich nur als erster Schritt angesehen. Nach wie vor gibt es Institutionen im Gesundheitswesen, in denen keine oder wenige Frauen auf der Führungsebene vertreten sind. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE muss auch hier eine entsprechende Verpflichtung festgelegt werden - jedenfalls soweit es sich um Körperschaften des öffentlichen Rechtes handelt.

4. Regelungen zur Neugestaltung des Morbi-RSA, Hochrisikopool, DMP-Programmpauschale (Art. 5, § 266 ff. SGB V)

a. Ausgestaltung als Vollmodell

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass das System des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hin zu einem Vollmodell weiterentwickelt wird; wie bereits eingangs dargestellt hatte sie ein solches Vollmodell bereits bei der Schaffung des MorbiRSA gefordert.

b. Hochrisikopool (§ 268 SGB V)

Wie ebenfalls eingangs dargestellt, ist aber die Zielgenauigkeit des MorbiRSA auch bei einem Vollmodell mit hierarchisierten Morbiditätsgruppen gerade bei seltenen teuren Erkrankungen nicht unbedingt umfassend gewährleistet, da deren Kosten durch ihre geringe Prävalenz in der Gruppe zu wenig zu Buche schlagen; vor diesem Hintergrund wird von der BAG SELBSTHILFE explizit die **Schaffung des Hochrisikopools begrüßt**.

Nicht nachvollziehen kann die BAG SELBSTHILFE jedoch, dass **nicht die Ist-Kosten, sondern nur 80 Prozent der anfallenden Kosten** erstattet werden. In vielen Fällen dürften kaum Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sein, so dass diese Begrenzung dazu führen dürfte, dass die entsprechenden Patientinnen und Patienten nach wie vor als Kostenfaktor wahrgenommen werden- mit entsprechenden negativen Konsequenzen. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE festzulegen, dass die Kosten in voller Höhe erstattet werden.

c. DMP- Programmpauschale

Wie eingangs bereits dargestellt, wird die Streichung der Streichung der DMP- Programmpauschale gegenüber dem Referentenentwurf sehr begrüßt.

Der Sachverständigenrat hatte in seinem Gutachten für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 eine Reihe von Faktoren identifiziert, die Unter-,

Über und Fehlversorgung im Kontext von chronischen Krankheiten begünstigen. Hauptursachen für die defizitäre Versorgung chronisch Kranker seien, so der Rat, die Nicht-Berücksichtigung neuester medizinischer Evidenz, die mangelnde Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungssektoren und die unzureichende Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess.¹ Eine gesonderte Förderung neben dem RSA kann auch die (...) angesprochenen, nach Auffassung von Teilen des Wissenschaftlichen Beirats im Sondergutachten ggfs. zu niedrigen Anreize zur Durchführung von Prävention und Therapie, in diesem Fall zur Durchführung von DMPs, steigern.²

Diesem Befund stimmt die BAG SELBSTHILFE zu; auch aus ihrer Sicht stellen die DMPs mit ihrer Einbindung der Patienten (Schulungsprogramme) und der Orientierung an den Leitlinien einen wichtigen Baustein zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen dar. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in manchen Erkrankungsbereichen nur weniger als die Hälfte der „normalen“ Behandlungen leitliniengerecht erfolgt.

Aufgrund des bisher noch nicht eindeutig wissenschaftlich festgestellten Nutzens und vor allem der Effektivität der DMPs bedarf es aus den oben dargestellten Gründen nach wie vor eines Anreizsystems, damit auch weiterhin DMPs in der Versorgung ankommen. Vor diesem Hintergrund wird die Beibehaltung der entsprechenden Regelung sehr begrüßt.

Langfristig wäre es jedoch wichtig und notwendig, über **eine umfassende und vergleichende Evaluation der Programme eine sichere Datengrundlage über den Nutzen und die Effektivität der Programme zu erhalten.**

¹ Sachverständigenrat 2001, zit nach Sonderbericht des Sachverständigenrates, Sondergutachten zum MorbiRSA, S. 514,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

² Wissenschaftlicher Beirat, Sondergutachten zum MorbiRSA, 2017, S. 514,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf

d. Präventionsanreize

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt.

5. Übertragung der Wirtschaftlichkeitsberatung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (§305a SGB V)

Die vorgesehenen Regelungen zur Übertragung der Wirtschaftlichkeitsberatung an die KVen werden befürwortet.

Beratungen von Ärzten durch Kostenträger, wie es eben Krankenkassen auch sind, beinhalten immer das Risiko, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte in die Versorgung von Patientinnen und Patienten einfließen, die ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgen sollte. Eine solche Versorgungssteuerung aus wirtschaftlichen Gründen beschädigt dabei unter Umständen nicht nur das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in das Arzt- Patienten-Verhältnis, sondern kann auch deren Compliance/ Adherence beeinträchtigen, da sie den entsprechenden Ratschlägen der Ärzte nicht mehr folgen, weil sie hinter diesen wirtschaftliche Beweggründe vermuten.

Soweit die Wirtschaftlichkeitsberatungen in der Vergangenheit darauf abzielten, Ärzte dazu zu bewegen, Upcodings vorzunehmen, so beeinträchtigt dies unter Umständen auch die Gesundheitskompetenz der Patient*innen, die ihre Krankheits schwere nicht mehr zuverlässig einschätzen können; daneben werden durch solche Strategien auch Patient*innen anderer Krankenkassen geschädigt, da für ihre Versorgung weniger Geld zur Verfügung steht.

6. Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge (§ 293a)

Die Schaffung einer Transparenzstelle für Hausarzt- und andere Selektivverträge beim Bundesversicherungsamt wird explizit begrüßt; dies entspricht im Übrigen auch einer langjährigen Forderung des Bundesversicherungsamtes. Die BAG SELBSTHILFE hatte sich dieser Position in den Diskussionen zum Referentenentwurf angeschlossen, da das Selektivvertragsgeschehen inzwischen die Versorgung der

Patienten*innen erheblich betrifft, teilweise sogar in der Weise, dass die Lösungen von Versorgungsproblemen gar nicht mehr im kollektivvertraglichen Bereich gesucht werden- was natürlich nicht dauerhaft hinnehmbar ist.

Insbesondere wird es deswegen sehr positiv gesehen, dass die Transparenzstelle auch der Unterrichtung der Öffentlichkeit dienen soll. Derzeit ist für Patient*innen kaum durchschaubar, bei welchen Leistungen die Krankenkassen Selektivverträge haben. Beispielsweise ist derzeit unklar, welche Krankenkassen bei welchen Indikationen die PET/PET-CT erstatten; oft kann man dies nur erahnen, wenn man sich Vorträge im Netz zu diesem Thema ansieht. Die Folge ist, dass sich Betroffene oft in Foren darüber austauschen, ob sie diese erstattet erhalten oder nicht; häufig wird dann eine Methode, die nicht allgemein erstattungsfähig ist, als unsicher oder zweifelhaft bewertet oder die Behandlung mit dieser Methode als eine Art Erprobung angesehen.

Wenn eine Krankenkasse nicht mit der Erstattung wirbt, können Betroffene also derzeit kaum klären, welche Krankenkassen selektivvertraglich die für sie wichtige Leistung erstatten. Ein wettbewerbliches Verhalten ist damit eigentlich faktisch unmöglich; vergleicht man die derzeitige Situation etwa mit einem Autokauf, so kaufen Versicherte ein Auto, bei dem sie nicht wissen, ob sie es mit einem bestimmten Bremskraftverstärker gekauft haben oder nicht. Und auch wenn der Leistungskatalog der GKV an sich alle notwendigen Leistungen enthalten sollte, so ist dies allein schon durch die Dauer des Bewertungsverfahrens im GBA von in Zukunft zwei Jahren im ambulanten Bereich bestenfalls mit Verzögerungen sichergestellt. Hier können entsprechende Regelungen in Selektivverträgen wichtige Übergänge für die Versorgung von Patient*innen sicherstellen.

7. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Völlig zu Recht wird im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN festgestellt, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen derzeit im Wesentlichen nach dem Zusatzbeitrag, daneben auch noch nach Satzungsleistungen und Bonusprogrammen stattfindet. Patient*innen, die ihre Entscheidung für eine Krankenkasse nach relevanten Qualitätsgesichtspunkten oder ihrer persönlichen Krankheitssitua-

tion ausrichten wollen, finden dazu praktisch keine Informationen. Insoweit haben die Menschen derzeit die irritierende Situation, dass sie sich einerseits bei der Auswahl ihrer Krankenkasse wettbewerblich verhalten sollen, aber die für sie entscheidenden Faktoren für sie nicht ersichtlich sind. Ein solches Verständnis von wettbewerblichem Agieren ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht mehr wirklich tragfähig. Sie unterstützt daher den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN in vollem Umfang.

Perspektivisch sollte zügig - wie im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN umfassend dargestellt - ein Portal geschaffen werden, in welchem Patient*innen schnell und einfach die für sie relevanten Qualitätsaspekte ansehen können. Nach Erfahrung der BAG SELBSTHILFE sind es bei vielen Betroffenen wichtig, dass sie unbürokratisch und schnell Versorgungsangebote, wie etwa Hilfsmittel erhalten, und dass die Kommunikation mit Ihnen respektvoll und barrierefrei erfolgt. Gerade der lange Papierkrieg mit Kostenträgern wird immer wieder als eine der größten Belastungen für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen genannt. Deswegen sollten gerade diese Aspekte - wie etwa Bewilligungsquoten und Verfahrensdauern - dringend in das Portal einfließen.

Auch die in Nr. 2 des Antrages angesprochenen Vergütungszuschläge für gute Verträge zur integrierten Versorgung werden explizit befürwortet. Nach wie vor und seit langem sind die Schnittstellen zwischen verschiedenen Sektoren eines der größten Sorgenkinder des Gesundheitssystems. Immer wieder kommt es vor, dass Versorgungen abrechnen oder zumindest unzureichend funktionieren. Insoweit wird es sehr begrüßt, wenn die Krankenkassen Anreize erhalten, diese Übergänge patientenfreundlich auszugestalten. Auch andere integrierte Versorgungsangebote mit enger Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer können die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung erheblich verbessern. Vor diesem Hintergrund wird der Vorschlag begrüßt, den Sachverständigenrat mit der Entwicklung eines entsprechenden Kriterienkatalogs für Zuschläge für vernünftige übergreifende Versorgungsformen zu beauftragen.

Die BAG SELBSTHILFE hat in diesem **Zusammenhang jedoch noch weitere Anliegen**: So wünschenswert der Vorschlag eines Wettbewerbs um die besten Ideen auf

regionaler Ebene ist, so wichtig ist es auch, aus diesen guten Ideen für das Kollektivvertragssystem zu lernen- ähnlich wie bei den Projekten im Innovationsfonds. Insoweit sollten die **entsprechen Versorgungsformen evaluiert** werden und die **Daten für eine Fortentwicklung des Kollektivvertragssystems** zur Verfügung gestellt werden.

Ferner ist es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auch ein **Qualitätskriterium** für die Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten, ob bei ihrer **Gestaltung Patientenorganisationen** beteiligt wurden bzw. das ernsthafte Bemühen um eine Beteiligung vorhanden war. Denn Patient*innen kennen die Schwierigkeiten in den Versorgungsabläufen vor Ort häufig am besten, sei es aus eigener Erfahrung, sei es aber auch aus der Beratung von Gleichbetroffenen. Vor diesem Hintergrund tut eine regelmäßige Einbeziehung von Betroffenen diesen Verträgen gut; in der Vergangenheit hat es derartige Einbeziehungen in Einzelfällen durchaus schon gegeben.

8. Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/ CSU: Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Für Patient*innen sind die zunehmenden Lieferengpässe bei Arzneimitteln eine erhebliche Belastung.

Über die in den Änderungsanträgen geplanten und zu begrüßenden Regelungen hinaus wird seitens der BAG SELBSTHILFE angeregt, wie im Hilfsmittelbereich bei derartigen Verträgen die Möglichkeit von Beitritten von Leistungserbringern zu bestehenden (Rabatt-) Verträgen vorzusehen. Denn nach den Erfahrungen im Hilfsmittelbereich resultierten Versorgungsprobleme häufig aus der Tatsache, dass Verträge mit Leistungserbringern geschlossen wurden, die gar nicht in der Lage waren, eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Durch die Möglichkeit eines Beitritts von anderen Leistungserbringern (bei Verträgen außerhalb von Ausschreibungen) bzw. Ausschreibungen für mehrere Versorger wird sichergestellt, dass derartige Ausfälle kompensiert werden können.