

KV RLP zur Selbstbeteiligung für Patienten

Zur Steuerung der Patienten in die jeweils vorgesehenen Versorgungszweige und Vermeidung von Fehlallokationen (überdurchschnittlich hohe Zahl der Arztkonsultationen in Deutschland, überfüllte Notfallambulanzen der Krankenhäuser etc.) empfiehlt die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) eine sozial abzufedernde prozentuale Selbstbeteiligung auf alle von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsleistungen. Wir sind davon überzeugt, dass durch die Einbeziehung der Patienten in die Verantwortung für die Kosten im Gesundheitswesen durch eine sozial abzufedernde prozentuale Selbstbeteiligung, die Beitragssätze insgesamt sinken und damit alle Patienten finanziell entlastet werden könnten. Gleichzeitig wäre die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei dramatisch sinkenden Arztlizenzen über Jahre auf dem bestehenden hohen Niveau gewährleistet. Die verwaltungstechnische Umsetzung obliegt der Gestaltungshoheit des Gesetzgebers und konkret der gesetzlichen Krankenkassen.

Keine Flatrate-Mentalität fördern

Um den Nutzen einer sozial abzufedernden prozentualen Selbstbeteiligung herzuleiten, nehmen wir Bezug auf die abgeschaffte Praxisgebühr. Zwischen einer Praxisgebühr – deren patientensteuernde Wirkung wir bezweifeln und daher abgelehnt haben, und einer sozial abgefederten, prozentualen Selbstbeteiligung auf alle in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen gibt es grundlegende Unterschiede in der Steuerungswirkung. Die Praxisgebühr als feststehender Fixbetrag, der beim ersten Arztkontakt im Quartal fällig wurde, berechtigte zu uneingeschränkter weiterer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in demselben Quartal. Die Praxisgebühr wurde daher von vielen Patienten als Flatrate angesehen. Ein Anreiz zum kostenbewussten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens ist so für einen durch subjektive Rationalitätsannahmen gelenkten Nutzenmaximierer (lateinisch *hōmō oeconomicus*) kaum gegeben.

Transparenz und Mitverantwortung sichert die Zukunft unseres Gesundheitssystems

Ohne eine Mitverantwortung des Patienten wird ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem, welches wie das unsrige alle notwendigen Gesundheitsleistungen für jeden verspricht, nicht mehr lange existieren. Eine sozial abgefederte, prozentuale Selbstbeteiligung auf alle Gesundheitsleistungen, ob Notfallleistungen oder sonstigen Behandlungen, würde für die Patienten Transparenz schaffen über die von Ihnen ausgelösten Kosten. Wenn Patienten nicht wissen, welche Kosten ihre Inanspruchnahmen verursachen, können sie auch keine Mitverantwortung übernehmen. Solidarität lebt von Verantwortung und Verantwortung braucht Transparenz und Betroffenheit. Selbstbeteiligungen müssen daher jeden Patienten und alle Leistungen betreffen um Solidarität zu erhalten.

Die Höhe der Selbstbeteiligung wäre abhängig von der Zahl der Inanspruchnahmen: Je höher die Zahl der Inanspruchnahmen, desto höher wäre die Summe der Selbstbeteiligungen bis zu einer politisch festgelegten individuellen Belastungsgrenze. Der Anreiz für Nutzenmaximierer wäre, die Zahl der Inanspruchnahmen und so die Höhe der Summe der Selbstbeteiligungen zu minimieren ohne auf notwendige Untersuchungen und Behandlungen zu verzichten.

Selbstbeteiligungen für alle Patienten und alle Leistungen sind sozialer

Sozial abgedeckte Selbstbeteiligungen tragen dazu bei, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sozialer zu gestalten. Sogar der Gesetzgeber selbst hat Regelungen für Selbstbeteiligungen bis zu einer festgelegten Belastungsgrenze vorgesehen. Das Fünfte Sozialgesetzbuch sieht eine Überforderungsklausel vor, nach der kein Versicherter mehr als zwei Prozent (bzw. ein Prozent bei Chronikern) seiner Bruttoeinnahmen für Zuzahlungen leisten muss (vgl. § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Diese Regelung könnte damit auch für prozentuale Selbstbeteiligungen gelten und somit besonders schutzbedürftige Patientengruppen (Alte, Kranke, Einkommensschwache) weiterhin vor Überforderung schützen. Unter der Bedingung von sozialen Überforderungsgrenzen könnte die Höchstgrenze für Selbstbeteiligungen u.E. auch bis zu fünf Prozent betragen.

Derzeit sind von Selbstbeteiligungen (z.B. Zuzahlungen für Medikamente) Chroniker und multimorbide Patienten in besonderem Maße betroffen. Selbstbeteiligungen auf alle Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Patienten wären daher sogar sozialer, da nicht nur chronisch kranke, sondern alle Patienten einen kleinen Teil ihrer Bruttoeinnahmen als Selbstbeteiligung bis zur politisch definierten Belastungsgrenze aufwenden müssten. Mögliche Kosteneinsparungen infolge eines verantwortungsbewussteren Umgangs mit den Ressourcen im Gesundheitswesen und dadurch mögliche Beitragssenkungen würden vor allem einkommensschwächeren Menschen zugutekommen.

Selbstbeteiligungen in anderen Ländern üblich

Mit einer Selbstbeteiligung schlägt die KV RLP kein exotisches Modell vor: In anderen europäischen Staaten sind Selbstbeteiligungen schon lange selbstverständlich, z.B. in Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Slowenien (Finkenstädt 2017).

Selbstbeteiligungen reduzieren nicht die Lebenserwartung

Infolge politisch definierter Belastungsgrenzen besteht keine Gefahr, dass auf notwendige medizinische Untersuchungen und Behandlungen verzichtet wird. Auch die in der Arzneimittelversorgung aktuell gesetzlich vorgeschriebene Selbstbeteiligung führt nicht dazu, dass verordnete Medikamente nicht abgeholt und somit nicht eingenommen werden. Auch führen Selbstbeteiligungen anscheinend nicht zu einem Schaden der Bevölkerung. So lag die durchschnittliche Lebenserwartung 2014 zum Beispiel in folgenden Staaten mit Selbstbeteiligungen höher als die in Deutschland: Frankreich: 79,5 Jahre (Männer) und 86 Jahre Frauen und Schweden: 80,4 Jahre (Männer) und 84,2 Jahre Frauen. Zum Vergleich in Deutschland: 78,7 Jahren (Männer) und 83,6 Jahren (Frauen) (statista.com).

Gebühren für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen suboptimal

Die KV RLP hält in ihrer Höhe fixe Gebühren wie Praxisgebühren oder andere Gebühren für Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nicht für die Reaktion der ersten Wahl, sondern präferiert sozial abgedeckte prozentuale Selbstbeteiligungen auf alle Gesundheitsleistungen.

Der Vorschlag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) beinhaltet unseres Wissen keine Strafgebühr, sondern eine Nutzungsgebühr für die Inanspruchnahme von Not-

fallambulanzen solcher Patienten, die auch von niedergelassenen Ärzten oder im ärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden könnten und für die Notfallambulanzen daher nicht der gesetzlich vorgesehen Behandlungsort sind. Insofern tritt auch die KVN für die Beteiligung des Patienten an den Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein. Diese hat nichts mit Bestrafung zu tun, der Begriff „Strafgebühr“ ist daher rein populistischer Natur.

Die Kosten für ambulante Behandlungen in Notfallambulanzen von Krankenhäusern werden von den Krankenhäusern mit über 100 Euro pro Behandlung angegeben. Die Kosten für Behandlungen durch Vertragsärzte liegen dagegen pro Behandlung im Schnitt im unteren zweistelligen Bereich. Eine Beteiligung des Patienten an den Kosten für die Inanspruchnahme von teureren Versorgungsstrukturen als notwendig, hält die KV RLP ebenfalls für gerechtfertigt. Allerdings setzen wir nicht auf einen festen Betrag in Form einer Gebühr, sondern – wie für alle Gesundheitsleistungen - ebenfalls auf sozial abgedeckte prozentuale Selbstbeteiligungen. Solche, in ihrer Höhe variable Selbstbeteiligungen würden dem Patienten die Kostenunterschiede zwischen Notfallambulanzen und etwa dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst aufzeigen. So würde ihm durch Transparenz die Gelegenheit gegeben, die für ihn spürbar günstigere Versorgungsstruktur zu wählen.

Unabhängig davon liegt es in der Verantwortung aller relevanten Akteure den Zugang zu den Notfallambulanzen so zu steuern, dass unrechtmäßige Inanspruchnahmen weitgehend vermieden werden:

- Krankenhäuser Patienten können durch Aufklärung und Triagierung in ihren Notfallambulanzen zu niedergelassenen Vertragsärzten oder in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst steuern.
- Der Gesetzgeber kann rechtliche Voraussetzungen schaffen, etwa das Recht für KVen, Medizinische Versorgungszentren – auch tagsüber an Wochentagen - betreiben zu dürfen.
- Die KV RLP hat die ihr derzeit rechtlich möglichen Voraussetzungen für die Behandlung aller ambulanten Behandlungsfälle geschaffen: Mit 44 von 47 Ärztlichen Bereitschaftspraxen an rheinland-pfälzischen Krankenhäusern existiert bereits ein flächendeckendes ärztliches Behandlungsangebot abends, nachts und an Wochenenden. Tagsüber an Wochentagen stehen in Rheinland-Pfalz fast 8.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für die Behandlung gesetzlich Versicherter zur Verfügung.

Quellen

Verena Finkenstädt, Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung - Ein europäischer Überblick, Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der PKV, März 2017.

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/954/umfrage/lebenserwartung-bei-geburt-in-ausgewaehlten-laendern-der-europaeischen-region/>

Mainz, 20. Juli 2018