

Zuzahlungen: Klare Regeln gefordert

Viele Versicherte beklagen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung zunehmend unübersichtlicher wird. Einen nicht unerheblichen Anteil an diesem Eindruck haben die Zuzahlungsregelungen mit ihrer immer weitergehenden Differenzierung einschließlich Ausnahme- und Härtefallregelungen.

„Zuzahlungen gibt es in allen Industrienationen, aber gerade in Deutschland sind die Regelungen und ihre Auswirkungen nahezu unübersehbar“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske, Leiter des Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (IGSF) Kiel, bei der Vorstellung einer Studie „Zuzahlungen im Gesundheitswesen – Grundlagen, internationaler Vergleich und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung“. Gründe für Zuzahlungen in der Gesundheitsversorgung sind Steuerungswirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen und ein Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems. Gegner von Zuzahlung vergessen, dass ausschließlich die Schwierigkeit, Gesundheitssysteme bedarfsgerecht zu finanzieren, zu Zuzahlungen führt. Ohne diese Prämisse gäbe es keine Zuzahlungen. Im Rahmen der Studie hat das IGSF zunächst die in Deutschland und vergleichbaren europäischen Industrieländern – Belgien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz – geltenden Regelungen untersucht. International ist ein Trend zur Erhöhung von Zuzahlungen zu verzeichnen. Grund ist die zunehmende Schwierigkeit, Gesundheitssysteme zu finanzieren. Es ist jedoch nicht möglich, Zuzahlungsregelungen aus einem internationalen Vergleich zu bewerten und daraus empfehlende Schlussfolgerungen für Deutschland zu ziehen.

Für Deutschland hat das IGSF auf der Basis der Studie eine Reihe von **Änderungsvorschlägen bei Zuzahlungen** erarbeitet:

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr in der geltenden Form wird abgeschafft. Um den Erst-

kontakt mit dem Arzt nicht zu erschweren, wird als vorläufige Regelung ab dem 4. Arztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro erhoben, die vom Arzt mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verrechnet wird und nicht erlassen werden kann und auch nicht in die Härtefallregelung einbezogen wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sollte ermitteln, von welchem Arztbesuch an aus medizinischen Gründen im statistischen Mittel ein Arztbesuch mit einer Gebühr von 10 Euro belegt werden kann. Der G-BA legt gleichfalls eine begrenzte Zahl von Krankheiten fest, die ein häufigeres Aufsuchen des Arztes erfordern und bei denen die Praxisgebühr entfällt.

Begründung: Durch die Einführung der Praxisgebühr sollten eine Steuerungswirkung durch eine bewussteren Inanspruchnahme von Leistungen und ein Finanzierungsbeitrag für die GKV erreicht werden. Die Steuerungswirkung wurde verfehlt. Mit einer Einsparung von rund 1,5 Milliarden Euro 2007 mit abnehmender Tendenz wurde zwar eine Finanzierungswirkung erreicht, der bürokratische Aufwand ist jedoch hoch. Die Befreiung von der Praxisgebühr wird von Krankenkassen als Marketinginstrument eingesetzt, was zweckwidrig ist. Die Einbeziehung der Praxisgebühr in die Härtefallregelung verringert die Steuerungs- und Finanzierungswirkung.

Praxisgebühr bei Hausbesuchen

Für jeden Hausbesuch werden 10 Euro erhoben, die beim Arzt verblei-

ben, nicht erlassen werden können und nicht in die Härtefallregelung einbezogen werden.

Begründung: Hausbesuche liegen im Patienteninteresse, können aber auch Krankenhauseinweisungen vermeiden. Hausbesuche werden nicht selten unnötig angefordert und werden nicht kostendeckend honoriert. Die Förderung von Hausbesuchen bei Vermeidung unnötiger Hausbesuche liegt im allgemeinen Interesse.

Künstliche Befruchtung

Die Kosten der künstlichen Befruchtung werden zu je einem Drittel auf die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die öffentliche Hand und die behandelten Ehepaare aufgeteilt. (Anm. der Redaktion: Seit März 2009 übernimmt das Land Sachsen den Eigenanteil der Kinderwunschpaare aus Steuermitteln – vorausgesetzt, die potentiellen Eltern sind verheiratet und die Frau ist nicht älter als 40 Jahre).

Begründung: Die Förderung der Geburtenzahl durch die künstliche Befruchtung liegt neben der Erfüllung eines Kinderwunsches auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Die vorgeschlagene Regelung berücksichtigt die Finanzsituation der GKV und das öffentliche Interesse, bezieht aber gleichzeitig die behandelten Ehepaare in die Finanzierung ein, was im Sinne der Stärkung von Eigenverantwortung liegt.

Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Es wird eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten pro Sitzung erhoben,

bei Kosten von 81 Euro pro Stunde 8,10 Euro.

Begründung: In der Psychotherapie wird die Selbstbeteiligung des Patienten an den Behandlungskosten auch als Teil des therapeutischen Prinzips angesehen.

Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung

Die Begrenzung der Zuzahlung auf 28 Tage entfällt.

Begründung: Die Zuzahlung im Krankenhaus hat keine Steuerungswirkung, da es nur selten in der Entscheidung des Patienten liegt, eine Krankenhausversorgung in Anspruch zu nehmen oder zu beenden. Es handelt sich damit um eine Eigenbeteiligung, die eher als Kosten- oder Verpflegungspauschale gesehen werden kann.

Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Die bisherige Regelung der Zuzahlung wird durch eine Kombination von fester Zuzahlung in Höhe von 5 Euro und einer prozentualen Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Differenz zum Gesamtbetrag des Arzneimittels (Apothekenabgabepreis) mit einer Kappungsgrenze von 20 Euro ersetzt.

Begründung: Der Arzneimittelbereich muss auch in Zukunft über eine Selbstbeteiligung finanziell entlastet und gesteuert werden. Die derzeitige Zuzahlungsregelung im Arzneimittelbereich hat sich nicht bewährt.

Festbeträge und Festzuschüsse

Alle über eine Grundversorgung hinausgehenden und individuell nachgefragten Leistungen müssen als Zusatzleistungen privat finanziert werden. Erforderlich ist ein Konzept, das Grund- und Zusatzleistungen nachvollziehbar und anwendungsfähig miteinander verbindet. Bestandteil eines solchen Konzepts sind Festbeträge und Festzuschüsse. Wählt der Versicherte eine über die Grundversorgung hinausgehende Leistung, hat er einen gesetzlich festgelegten Anspruch an seine Krankenkasse auf Erstattung des Betrags, der für die Grundversorgung aufzuwenden ist, als Festbetrag oder Festzuschuss. Die über die Grundversorgung hinausge-

hende Leistung wird vom Versicherten selbst bestimmt und selbst bezahlt. Die Krankenkasse hat ihren Versicherten Wahlfreiheit zwischen Kostenerstattung und Abrechnung über eine KV zu gewähren. Ein Konzept von Festbeträgen und Festzuschüssen erfordert eine eindeutige Definition. Festbetrag im Sinne dieses Konzepts bedeutet, dass mit diesem Betrag die in der Grundversorgung definierte Leistung vollständig finanziert wird. Festzuschuss bedeutet, dass für eine Leistung ein in der Höhe definierter Zuschuss gewährt wird. Festbeträge und Festzuschüsse werden als übergreifendes und alle Leistungsbereiche umfassendes Prinzip eingeführt.

Begründung: Es wird davon ausgegangen, dass es auch in Zukunft eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung geben wird, die bedarfsgerecht ausgerichtet ist. Da die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt zu steigenden Ausgaben in der GKV führen, wird der zu deckende Bedarf an Gesundheitsleistungen ständig neu definiert werden müssen. Dies wird eine Reduzierung des heutigen Leistungsumfangs zur Folge haben.

Festbeträge bei Hilfsmitteln

Die Festbetragsregelung wird ausgebaut und um eine Definition der Grundversorgung ergänzt. Festbeträge sind Höchstbeträge. Die Krankenkasse trägt die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags.

Begründung: Mit dem GKV-Moderisierungsgesetz wurde ein zweistufiges Verfahren zur Bestimmung von Festbeträgen festgelegt. Der jetzige Spitzenverband „Bund der Krankenkassen“ bestimmt Gruppen festbetragsfähiger Hilfsmittel wie Seh- und Hörhilfen und Inkontinenz- und Stomaartikel. Dann wird die Höhe des Festbetrags festgesetzt.

Ausschreibung bei Hilfsmitteln

Die Regelung zur Ausschreibung von Hilfsmitteln wird abgeschafft.

Begründung: Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde den Krankenkassen die Möglichkeit zur Ausschreibung von Hilfsmitteln gegeben. Dies hat sowohl zu Beeinträch-

tigungen der Patientenversorgung durch ortsferne Anbieter als auch zu einer immer weitergehenden Unübersichtlichkeit geführt. Apotheken zum Beispiel sind kaum noch in der Lage, den sich kontinuierlich verändernden und ausweitenden Ausschreibungsergebnissen von Krankenkassen zu folgen.

Zahnmedizinische Versorgung

Die Bundeszahnärztekammer sollte ihre Vorstellungen zur Ausweitung des Festzuschussystems konkretisieren.

Begründung: Die Bundeszahnärztekammer setzt sich dafür ein, das anerkannte Festzuschussystem auf alle Gebiete der Zahnheilkunde auszuweiten, ohne dass der Patient den Anspruch auf eine Grundabsicherung verliert.

Belastungsgrenze

Bei der Belastungsgrenze von Versicherten wird für Zuzahlungen die Reduktion für chronisch Kranke von 2 auf 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen aufgehoben und ohne Ausnahme die Belastungsgrenze auf 2 Prozent festgelegt.

Begründung: Dieser Vorschlag trägt einerseits zur Stärkung der Finanzsituation der GKV bei, zum anderen enthält die heutige Regelung unbestimmte Rechtsbegriffe wie schwerwiegende Krankheit und Dauerbehandlung. Die klarstellende Vereinfachung dient der Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses dadurch, dass der Arzt von der Notwendigkeit befreit wird, einem Patienten eine Bescheinigung für die Notwendigkeit einer 1-Prozent-Regelung zu verweigern. Der bürokratische Aufwand wird verringert. Zur Verdeutlichung der Auswirkung: Bei anrechenbaren Einnahmen von 800 Euro bedeutet dies eine Eigenbeteiligung von 16 Euro im Monat. 2007 waren 6,85 Millionen Versicherte zuzahlungsbehaftet, davon 6,31 Millionen aufgrund der 1-Prozent- und 0,54 Millionen aufgrund der 2-Prozent-Zuzahlungsregelung.

www.igsf-stiftung.de

Knut Köhler M.A.
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit