



Hartmannbund - Hauptversammlung 2010

Beschluss Nr. 23

Sozialverträgliche finanzielle Selbstbeteiligung einführen

Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber auf, endlich in der Gesellschaft einen Prozess in Gang zu bringen, der den Versicherten bzw. Patienten von der momentan allgegenwärtigen Entmündigung im Gesundheitssystem durch Pflichtversicherung und Sachleistungsprinzip hin zu einer selbstbestimmten eigenverantwortlichen Teilhabe führt. Erster und unvermeidlicher Schritt dazu muss die prozentuale sozialverträgliche finanzielle Selbstbeteiligung des Patienten an seinen Behandlungskosten sein, da nur diese ein tatsächliches Kostenbewusstsein erzeugt.

Begründung:

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“ (§ 7 Abs. 1 MBO)

Aus einem solchen partnerschaftlichen Verhältnis heraus verbietet es sich, nur einseitig Pflichten des Arztes und Rechte des Patienten abzuleiten. Es muss vom Patienten erwartet werden, dass er die Behandlung durch seinen Arzt nicht aus passiver Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete Reparaturleistung des Arztes fordert. Auch der Patient muss Eigenverantwortung für seine Gesundheit und Gesundung übernehmen, dies kennzeichnet ihn als mündigen selbstbestimmten Menschen. Ebenso hat der Arzt ein Anrecht darauf, dass der Patient dies als seine selbstverständliche Pflicht begreift!

Das derzeitige GKV-System ist für viele Versicherte vor allem aus einem Grund attraktiv: Das Sachleistungsprinzip überträgt die Kostenverantwortung auf die Ärzte und andere Leistungserbringer. Ergebnis ist ein „Flatrate-Effekt“ bei Teilen der Versicherten. Der GKV-Leistungskatalog wird als uneingeschränktes Leistungsversprechen verstanden, wofür es auf der Vergütungsseite aus betriebswirtschaftlichen und fachlichen Gesichtspunkten keinen adäquaten Gegenwert gibt.

Im Jahr 2008 waren Versicherte in Deutschland durchschnittlich 18 Mal beim Arzt – ein europäischer Spitzenwert; trotzdem sind die Deutschen im europäischen

Vergleich nicht gesünder. Im Gegenzug konnte sich ein Arzt aufgrund dieser starken Inanspruchnahme im Durchschnitt nur sieben Minuten Zeit für den einzelnen Patienten nehmen.

Gleichzeitig führt die lohnabhängige Umlagefinanzierung des Gesundheitswesens im Zusammenspiel mit der demografischen Entwicklung zu finanziellen Engpässen, denen der Gesetzgeber seit etwa drei Jahrzehnten durch restriktive Maßnahmen zur Kostendämpfung entgegenwirkt. Diese schränken immer stärker die Berufsausübung des Arztes ein, deren Grundlage die ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit ist und die somit eine individuelle und den Bedürfnissen des Patienten angepasste Versorgung gewährleistet. Das Problem der strukturellen Unterfinanzierung besteht jedoch weiterhin.

Diese strukturelle Unterfinanzierung als Missverhältnis zwischen Ansprüchen auf der einen und finanziellen Ressourcen auf der anderen Seite kann nur aufgelöst werden durch die Übernahme von Verantwortung durch den Inanspruchnehmenden, nämlich den Patienten.

Dabei genügt es nicht, eine Quittung für die erbrachten Leistungen auszustellen, ungeachtet dessen, dass dies im gedeckelten, RLV-bestimmten vertragsärztlichen und im DRG-geprägten Krankenhausvergütungssystem nicht möglich ist. Der Patient muss tatsächlich (Mit-)Verantwortung für die Kosten übernehmen, nur so wird er daran interessiert sein, das von ihm mitfinanzierte System nicht über Gebühr in Anspruch zu nehmen. Dies ist praktizierte Solidarität und Gerechtigkeit mit denen, die die ärztliche Behandlung tatsächlich benötigen und für die aktuell im Gesundheitssystem nicht genügend Geld, Zeit und Ressourcen bleiben.

Potsdam, 30. Oktober 2010