



Hartmannbund-Hauptversammlung 2019

Beschluss Nr. 1

Europa als Vorbild. Unkoordinierten Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems beenden!

Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber auf, nach europäischem Vorbild Regularien zu schaffen, die den unkoordinierten Zugang von Versicherten zu Leistungen des Gesundheitssystems – insbesondere mit Blick auf Patientensicherheit und intelligente Nutzung der vorhandenen Ressourcen – verhindern. Die dazu eingesetzten Instrumente sind so zu gestalten, dass sie dem medizinisch indizierten Bedarf gerecht werden.

Begründung:

Unabhängig davon, ob über Steuern oder Beiträge finanziert – in öffentlichen Gesundheitssystemen sind die klassischen Mechanismen von Nachfrage, Angebot und Preisbildung außer Kraft gesetzt. Folgerichtig steigt die Nachfrage nach Gesundheitsangeboten. Es ist jedoch unmöglich, bei begrenzten Mitteln Gesundheitsleistungen in unbegrenzter Menge für alle Versicherten bzw. alle Bürger zu erbringen. Um die Nachfrage einzugrenzen, treten bei unseren europäischen Nachbarn in den kollektiv finanzierten Gesundheitssystemen - egal ob über Steuern oder Beiträge finanziert – an die Stelle des im freien Markt geltenden Preismechanismus andere Mechanismen. Dies geschieht dort üblicherweise durch die Einführung von Zugangshürden, die die Fehlanspruchnahme begrenzen und/oder den Leistungskatalog des (öffentlichen) Gesundheitssystems definieren. Dabei bedient man sich Instrumentarien wie etwa Leistungsbegrenzungen, Einschränkungen der Wahlfreiheit des Patienten oder auch obligatorische Zuzahlungen.

In Deutschland hingegen existiert ein – lediglich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durch Ausschluss oder Einschränkung – limitierter, ansonsten aber de facto nahezu unbeschränkter Zugang zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Diese kennt – gerade auch im europäischen Vergleich – nur sehr bedingt signifikante Wartezeiten sowie keine oder nur geringe Zuzahlungen. Und dies zum GKV-Tarif. Mit Blick auf die zunehmende Nachfrage gibt es keine nennenswerten Steuerungsmöglichkeiten. Prinzipiell müssen gemäß § 12 SGB V GKV-Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein, und sie dürfen zudem „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. In einigen Versorgungsbereichen gibt es zwar auch Zuzahlungen, und in der Praxis kommt es auch zu Wartezeiten – selbst, wenn diese im internationalen Vergleich eher gering sind. Diese geringen Zugangshürden werden allerdings im Falle des Wirtschaftlichkeitsgebotes – politisch getriggert – eher großzügig ausgelegt und im Falle der Wartezeiten neuerdings durch gesetzliche Vorgaben weiter verkürzt.

Das grundlegende Ziel von „Zugangshürden“ – egal ob Zuzahlungen, Eigenanteile oder Einschränkungen der Wahlfreiheit – soll die Steuerung des Nachfrageverhaltens sein. Dabei ist für jeden Patienten der zeitgerechte und medizinisch notwendige Zugang zur medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Das Instrument der Zuzahlung begrenzt die Inanspruchnahme von Leistungen, da die Versicherten die selbst zu tragenden Kosten gegen den Nutzen abwägen und ihre Nachfrage gegebenenfalls anpassen. Ob dabei Zuzahlungen eine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten, hängt vom richtigen Maß ab: Zu niedrige Zuzahlungen entfalten keine Lenkungswirkung. Zu hohe Zuzahlungen können bestimmte Personengruppen von notwendigen Inanspruchnahmen abhalten. In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen wirken hohe Zuzahlungen als Zugangshürde, z.B. in Belgien, Frankreich und der Schweiz.

Dagegen existieren in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten – entsprechend der Philosophie einer kostenlosen Versorgung im Krankheitsfall für alle Bürger – keine oder nur geringe Zuzahlungen im ambulanten Bereich. Dort bedient man sich des „Gatekeepings“, um den Zugang zur Versorgung zu begrenzen – z.B. in Dänemark, Großbritannien, Italien, Polen oder Spanien. Auch wenn das Patientenwahlrecht in vielen Fällen ausgeweitet wurde, ist „Gatekeeping“ nach wie vor weitverbreitet, ggf. in Verbindung mit einer verpflichtenden Registrierung bei einem bestimmten Hausarzt. Dies gilt z.B. in den Niederlanden, Dänemark oder Spanien. Dadurch wird die Möglichkeit erheblich eingeschränkt, im ambulanten Sektor frei weitere Ärzte zu kontaktieren.

In Deutschland leisten wir uns hingegen nach wie vor die Selbstverständlichkeit einer unregulierten – gewissermaßen nach „oben offenen“ Inanspruchnahme haus- oder fachärztlicher Leistungen. Auch die Pflicht zur Registrierung bei einem Hausarzt existiert in Deutschland nicht. Die beitragsfinanzierte deutsche GKV stellt somit eine Besonderheit dar: Deutschland ist neben Österreich¹ das einzige Land, in dem in der ambulanten ärztlichen Versorgung weder Zuzahlungen erhoben werden noch ein „Gatekeeping“ oder eine verpflichtende Registrierung bei einem Hausarzt stattfindet.

Diese unbegrenzten Möglichkeiten des Einzelnen führen jedoch mit Blick auf begrenzte finanzielle Mittel und Personalressourcen zu einem Mangel an Behandlungskapazitäten zu Lasten derjenigen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes besonders kurzfristigen Zugang zum System benötigen. Das Beheben dieses „Missverhältnisses“ findet derzeit einseitig auf dem Rücken der in der Versorgung tätigen Akteure statt.

Berlin, 9. November 2019

¹ In Österreich existieren verschiedene Krankenkassen, die jedoch nicht frei gewählt werden können.