

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0115(2)
gel. VB zur Anhörung am 13.04.
2011_Praxisgebühr
05.04.2011

verbraucherzentrale

Bundesverband

Berlin, den 01.04.2011

Senkung finanzieller Belastungen von Patientinnen und Patienten

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE: „Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten“

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Zuzahlungen als unkontrollierbare finanzielle Belastung von Patientinnen und Patienten

Zuzahlungen haben unter der Begründung der Steuerungswirkung im Gesundheitswesen einen weit verbreiteten Einzug in das Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung gehalten. Diese Zuzahlungen reichen von der Praxisgebühr bis hin zu Zuzahlungen zu Klinikaufenthalten, Krankentransporten oder Arzneimitteln. Darüber, ob mit diesen Zuzahlungen eine positive Steuerungswirkung im Sinne einer Reduktion nicht notwendiger medizinischer Leistungen erreicht wird, oder ob sich die Versorgungssituation insbesondere von Patientinnen und Patienten aus unteren Einkommensschichten wegen dieser Regelungen signifikant verschlechtert, besteht Uneinigkeit in der wissenschaftlichen und politischen Landschaft. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands sind dabei besonders jene Zuzahlungen und finanziellen Belastungen problematisch, die in ihrer Höhe für Verbraucherinnen und Verbraucher vorab nicht abzuschätzen sind und für die sie keine, eine teilweise oder nur eine ungewisse Rückerstattung von der Krankenkasse erhalten. Als besonders belastend sehen wir derzeit folgende Regelungen an:

a) Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Es gibt mittlerweile Fachrichtungen niedergelassener Ärzte wie die Gynäkologen oder die Augenheilkunde, in denen ein wesentlicher Teil der Arzteinkommen über die individuellen Gesundheitsleistungen erzielt wird. Hier wird den Patientinnen und Patienten suggeriert, die Gesetzliche Krankenversicherung würde für ihre Gesundheit nutzbringende Leistungen nicht übernehmen; diese seien folglich aus eigener Tasche zu zahlen. Häufig erfolgt auch keine adäquate Aufklärung über die zu erwartenden Kosten, oder es werden sogar Leistungen, die die Gesetzliche Krankenversicherung zahlt, als Privatleistungen zu deutlich höheren Sätzen gegenüber den Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt. Es ist auch keineswegs sichergestellt, dass eine schriftliche Vereinbarung oder Rechnungsstellung erfolgt.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert daher, dass die derzeitige Praxis und der Katalog der zulässigen Individuellen Gesundheitsleistungen einer kritischen Überprüfung unter Mitarbeit der Verbraucher- und Patientenorganisationen nach § 140f SGB V unterzogen wird.

b) Aufzahlungen bei Arzneimitteln

Seit dem Gesetz für die Neuordnung des Arzneimittelmarktes ist es möglich, dass Patientinnen und Patienten die finanzielle Differenz zwischen dem Erstattungsbetrag für eine Medikamentengruppe und dem Preis des von ihnen gewählten Medikaments selbst tragen. Hierbei gibt es bereits bei der Durchführung der Regelung hohe Intransparenzen für Verbraucherinnen und Verbraucher, da die Preise zum Teil durch Rabatte (Apotheken-Rabatt, Rabattverträge der Krankenkasse) vorab gesenkt wurden und nicht klar ist, welcher Betrag in Eigenleistung verbleibt. Auch wenn vorgegeben ist, dass eine gewisse Mindestanzahl von Präparaten einer Festbetragsgruppe zuzahlungsfrei erhältlich sein muss, hat diese Regelung doch auch zahlreiche adverse beziehungsweise schädliche Aspekte:

- Statt die Preise möglichst auf das Festbetrags-Niveau zu senken, haben Hersteller mit Preissteigerungen reagiert und auch günstigere Bezugsmöglichkeiten, wie beispielsweise Reimporte, verknappt.

- Das Marketing gegenüber den Patientinnen und Patienten wird potentiell attraktiver. Ihnen wird suggeriert, dass die Gesetzliche Krankenversicherung nur noch eine Minimalversorgung übernehme, während die wirklich guten Produkte nur auf eigene Kosten erhältlich seien.
- Eine weitere legale Möglichkeit, Patientinnen und Patienten auf hochpreisige Medikamente einzustellen, wurde mit der Aufnahme von Pharmafirmen in die Liste der möglichen Vertragspartner für Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V aufgenommen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt zwar das mit der Regelung verbundene Wahlrecht von Verbraucherinnen und Verbrauchern, sieht aber auch die Notwendigkeit eines besonderen Schutzes und **fordert** deshalb:

- Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, alle ihnen zu Gute kommenden Rabatte auch an die Patientinnen und Patienten im Falle von Aufzahlungen weiterzugeben, und zwar indem diese Arzneimittel von der Zuzahlung befreit werden.
- Die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten muss verbessert werden. Dies gilt insbesondere für die Beratung in der Arztpraxis und in der Apotheke. Hierfür sind herstellerunabhängig gestaltete schriftliche Informationsmaterialien bereitzustellen, deren Erarbeitung unter Beteiligung der Patientenvertretung beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen kann.
- Pharmaunternehmen und Hersteller von Medizinprodukten sind wieder aus der Liste möglicher Vertragspartner der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V zu streichen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, die Einordnung von Medikamenten in Festbetragsgruppen regelmäßig zu überprüfen. Insbesondere müssen zum Beispiel auch in den Vorgaben zu Arzneimittel-Richtgrößen nach § 84 SGB V und darauf basierenden Regelungen, Möglichkeiten geschaffen werden, die die Verordnung von teureren Medikamenten ermöglichen, wenn die Therapieziele mit Medikamenten zum Festbetragspreis nicht erreicht werden konnten. Besonders zu berücksichtigen sind auch spezielle Substitutionshindernisse, beispielsweise in der Schmerztherapie.

c) **Erstattung aller medizinisch notwendigen Arzneimittel**

Ein genereller Verordnungsausschluss für Medikamente, die in Apotheken frei verkäuflich sind beziehungsweise die der Behandlung von „Bagatellerkrankungen“ wie dem grippalen Infekt dienen, benachteiligt Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen und mit niedrigem Einkommen. Wegen Unter- und Fehlmedikationen können sich so auch schwerwiegendere Erkrankungen, Chronifizierungen oder Verschlechterungen bestehender Leiden einstellen. Der **Verbraucherzentrale Bundesverband fordert** deshalb, dass die derzeitigen Erstattungsmöglichkeiten für frei verkäufliche Medikamente unter den Aspekten der Versorgungsgerechtigkeit sowie der Vermeidung von Unterversorgung und daraus resultierenden vermeidbaren gesundheitlichen Schäden neu überprüft werden. In Kombination mit der Einführung einer verbindlichen Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel könnte die unsinnige Verknüpfung von Verschreibugspflicht und Erstattungsfähigkeit aufgehoben werden.

d) **Kostenerstattung**

Im SGB V finden sich zwei gesetzliche Grundlagen für die Kostenerstattung bei

ärztlichen ambulanten und stationären Leistungen. Beide wurden im Zuge des Gesetzes für die Neuordnung des Arzneimittelmarktes teilweise neu gestaltet:

- Nach § 13 SGB V können Versicherte statt des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung wählen. Sie binden sich nun für ein Quartal statt bisher für ein Jahr an ihre Entscheidung, die sie auch wie bisher auf einzelne Leistungsbereiche (ambulante, stationäre und zahnärztliche Versorgung sowie veranlasste Leistungen) beschränken können. Die Krankenkassen dürfen nur jenen Betrag erstatten, den sie auch im Falle der Leistungserbringung im Sachleistungsprinzip gezahlt hätten. Da es keine Obergrenze für den Steigerungsfaktor gibt, mit dem Ärzte derartige Leistungen abrechnen können, und es außerdem Differenzen in der Abrechnungsstruktur zwischen der Abrechnung gegenüber Kassen (Grundlage: Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und gegenüber Privatpersonen (Grundlage: Gebührenordnung für Ärzte) gibt, ist für Patientinnen und Patienten völlig unkalkulierbar, welche Kosten von ihnen zu tragen sind. Die Leistungserbringer müssen die Patienten nur über die Tatsache informieren, dass Kosten anfallen können, die die Krankenkasse nicht zahlt, nicht aber über deren Höhe oder gar einen schriftlichen Kostenvoranschlag erstellen. Problematisch an dieser Regelung ist auch, dass Ärzte von der Wahl der Kostenerstattung etwa die Terminvergabe (abgesehen von Nottfällen) abhängig machen könnten. Wohlhabende Gebiete, in denen diese Strategie häufig Erfolg hat, gewinnen damit an Attraktivität und verschärfen die Problematik der drohenden Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen weiter.
- Nach § 53 SGB V können Versicherte auch die Kostenerstattung in Form eines Wahltarifs wählen. Die Mindestbindungsfrist wurde kürzlich von drei auf ein Jahr gesenkt. Zu diesem Zeitpunkt hatte nach Angaben der Gesetzlichen Krankenkassen nur etwa 0,1 Prozent der Versicherten diese Option gewählt, die einen etwas besseren Schutz vor hohen Arztrechnungen bietet als die Kostenerstattung nach § 13 SGB V.

Der **Verbraucherzentrale Bundesverband fordert** zur Abwendung hoher und unkalkulierbarer Risiken die Abschaffung des § 13 SGB V sowie die Verpflichtung für Leistungserbringer, bei einer Kostenerstattung nach § 53 SGB V in jedem Fall schriftliche Informationen vor jeder Leistung an die Patientinnen und Patienten zu übergeben, aus denen die Höhe der voraussichtlichen Eigenleistung ersichtlich wird. Zur Erhöhung der Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher über das Leistungsgeschehen im Sachleistungsprinzip rät der Verbraucherzentrale Bundesverband dazu, dass die Leistungserbringer am Ende eines jeden Quartals verpflichtend ihre Patientinnen und Patienten in verständlicher Form über Diagnosen und abgerechnete Leistungen sowie deren Kosten (Patientenquittung) informieren.

Verbraucherfreundliche Umsetzung der Belastungsgrenze

Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unterliegen nach § 62 SGB V Obergrenzen in Bezug auf den maximalen Anteil am Einkommen. Wird dieser Anteil überschritten, können Patientinnen und Patienten von ihrer Krankenkasse eine Bescheinigung erhalten, die sie von weiteren Zuzahlungen im betreffenden Jahr befreit. Die Erlangung dieser Bescheinigung setzt voraus, dass die Versicherten ihre Einkommens- und Zuzah-

lungshöhen regelmäßig überprüfen, um zeitgerecht jährlich eine entsprechende Bescheinigung zu erhalten und Nachweise über die bereits geleisteten Zuzahlungen und über ihr Familieneinkommen zu erbringen. Zur Vereinfachung und Entlastung könnte man hier eine Umsetzung im Rahmen der geplanten elektronischen Gesundheitskarte vorsehen. Auf freiwilliger Basis könnten hier bereits geleistete Zuzahlungen gespeichert und mit dem individuell zu leistenden Höchstbeitrag abgeglichen werden, um Überzahlungen durch verspätete oder unterbleibende Befreiung zu verhindern und den Aufwand für die Betroffenen zu reduzieren. Dies setzt allerdings voraus, dass eine Qualitäts- und Identitätsprüfung des Versichertenfotos bei Ausgabe der Gesundheitskarte erfolgt, die derzeit bei der gematik nicht vorgesehen ist.

Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung verbreitern

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt Änderungen der bestehenden Zuzahlungsregelungen, wenn sie Belastungen, insbesondere für chronisch Kranke senken und eine verbesserte Transparenz und Berechenbarkeit anfallender Kosten bedeuten. Darüber hinaus muss das Prinzip gelten, dass alle medizinisch notwendigen Leistungen auch im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind. Dies gilt auch für den Zugang zu allen Innovationen, für die Nutzen und Sicherheit nachgewiesen wurden. Um dies zu gewährleisten, sind erhebliche und voraussichtlich auch in Zukunft wachsende Finanzmittel notwendig. Im derzeit bestehenden Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung um gut verdienende Versicherte erscheint die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze, wie sie im Antrag der LINKEN gefordert wird, eher kontraproduktiv. Ohne Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze würde dies zur Abwanderung gut verdienender Versicherter führen. Jegliche Finanzierung des Gesundheitswesens, die sich ausschließlich auf Lohnesinkommen stützt, muss bei der im langfristigen Trend sinkenden Lohnquote am Volkseinkommen zu Finanzengpässen und wachsender Ungerechtigkeit führen. Um die Finanzierung der Krankenversicherung stärker am Leistungsfähigkeitsprinzip zu orientieren, schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband vor, weitere Einkommensarten wie etwa Kapitaleinkünfte in die Bemessung der Beiträge einzubeziehen.