Zitationshinweis

May, U.: „Zeit für Eigenverantwortung", „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 30. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2846



Prof. Dr. rer. pol. Uwe May ORCID 0000-0003-4948-706X

Professor für Gesundheitsökonomie mit Schwerpunkt Pharmakoökonomie, Hochschule Fresenius / May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt

Zeit für Eigenverantwortung

>> Die aktuelle Gesundheitspolitik reagiert mit ungewohnter Konsequenz auf die defizitäre Lage der GKV und die sich abzeichnenden Versorgungsengpässe im Gesundheitssystem. Neben dem GKV-Spargesetz ist gegen Jahresende eine weitreichende strukturelle Reform der Primärversorgung zu erwarten. Dabei kann man über die im Raum stehenden Steuerungsinstrumente trefflich streiten. Zugleich sollte aber Einigkeit dahin gehend bestehen, dass es einen rationalen Weg jenseits tiefgreifender Einschnitte nicht gibt. Jedenfalls dann nicht, wenn das Ziel darin besteht, die knappen Ressourcen so einzusetzen, dass möglichst viel gesundheitlicher Nutzen für die Menschen erreicht wird.

Es ist nicht länger zu leugnen, dass die bereits beschlossenen oder noch diskutierten Maßnahmen auf gewisse Einschränkungen des Zugangs zu Leistungen und auf höhere finanzielle Beteiligungen der Patienten hinauslaufen. So z. B. durch die Notwendigkeit der digitalen Ersteinschätzung vor Arztbesuchen und eine deutliche Erhöhung der Patientenzuzahlungen u. a. zu verordneten Arzneimitteln. Auch eine Kontaktgebühr für Arztbesuche wurde wieder ins Gespräch gebracht. Letztere könnte Menschen sensibilisieren, bei leichteren Beschwerden die begrenzten ärztlichen Kapazitäten mit Bedacht in Anspruch zu nehmen. Damit übernehmen sie zugleich Mitverantwortung für jene Patienten, die eine medizinische Behandlung dringender benötigen.

Der an dieser Stelle naheliegende Begriff der Eigenverantwortung ist allerdings im Zusammenhang gesundheitspolitischer Überlegungen in Deutschland überwiegend negativ konnotiert. Assoziiert wird damit oft ein Mangel an Solidarität und unsozialer Abwälzung von Kosten auf die Patienten. Ganz anders sieht dies der schweizerisch-österreichische Wirtschaftsphilosoph Gerhard Schwarz, wenn er sagt: „Doch Eigenverantwortung ist ein Ausdruck von Solidarität. Wer für sich und die Seinen sorgt, um der Allgemeinheit nicht zur Last zu fallen, handelt solidarisch. Wer sich als Opfer zelebriert und wegen kleinster Probleme Hilfe fordert, ist asozial. Außerdem schließt Selbstverantwortung die soziale Verantwortung nicht aus. Es handelt sich um sich ergänzende Begriffe."

Diesem Gedanken folgend, fehlt es vielleicht auch oft einfach an einem gemeinsamen Verständnis dessen, was Eigenverantwortung konkret bedeuten kann. Dafür spricht zumindest die Beobachtung, dass in unseren Nachbarländern regelmäßig ein höheres Maß an Eigenverantwortung der Patienten erwartet wird, wobei dies als Selbstverständlichkeit und nicht als Mangel an Solidarität wahrgenommen wird.

In der Schweiz etwa sehen Patienten ihren Hausarzt im Durchschnitt zweimal pro Jahr, während der Wert für Deutschland um ein Vielfaches höher liegt. Evidenz dafür, dass unsere international rekordverdächtige Zahl an Arztbesuchen mit einem inkrementellen Gesundheitsnutzen einhergeht oder sogar kosteneffektiv ist, fehlt bis heute. Auch zukünftig wird dieser Beleg wohl kaum zu erbringen sein, denn ein relevanter Teil der vielen Besuche vor allem in Hausarztpraxen entfällt hierzulande auf leichtere, grundsätzlich selbst behandelbare Gesundheitsstörungen.

Viele dieser Arztkontakte entstehen nicht aus medizinischer Notwendigkeit, sondern durch strukturelle Rahmenbedingungen. So zählen Krankschreibungen zu den wichtigsten Frequenzbringern in Arztpraxen. Dies resultiert oft aus gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben, die eine Krankschreibung bereits am ersten oder zweiten Tag der Abwesenheit vom Arbeitsplatz erfordern. Ebenso verbreitet ist die Motivation, eine Arztpraxis aufzusuchen, um günstig oder – im Fall einer Zuzahlungsbefreiung – sogar vermeintlich „kostenlos" an ein verordnetes Medikament zu gelangen.

Unsere aktuellen gesundheitsökonomischen Analysen zeigen, dass durch eine Stärkung der Selbstmedikation Effizienzgewinne in Milliardenhöhe für die GKV und die Volkswirtschaft sowie massive Entlastungen der Arztpraxen realisierbar sind. Voraussetzung hierfür ist allerdings der gezielte Abbau bestehender Fehlanreize: Der zentrale Treiber liegt darin, dass im Fall von „Bagatellerkrankungen" wie Erkältungen die von der Solidargemeinschaft zu tragenden Kosten einer Arztbehandlung um ein Vielfaches höher sind als die Kosten einer geeigneten Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln. Für die Patienten selbst ist die eigenverantwortliche Behandlung selbst behandelbarer Gesundheitsstörungen im Durchschnitt jedoch nicht teurer als ein Arztbesuch, da Zuzahlungen, Wegekosten und Mehrfachnutzungen von OTC-Arzneimitteln rechnerisch zu berücksichtigen sind.

Auch aus rein versorgungspolitischer Sicht ist der Bereich selbst behandelbarer Gesundheitsstörungen für ein Mehr an Eigenverantwortung prädestiniert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine heilberufliche Beratung und Begleitung der Patienten in den Apotheken zur Verfügung steht. Diese genießen in der Bevölkerung hohes Vertrauen und können als niedrigschwellige Anlaufstelle in der Primärversorgung eine zentrale Rolle bei der Selbstbehandlung übernehmen. Zudem können Apotheken künftig einen noch stärkeren Beitrag zur Prävention und Früherkennung leisten – und damit zur Förderung gesundheitsbezogener Eigenverantwortung. Die im Apothekenreformgesetz ermöglichten Kompetenzerweiterungen bzgl. Impfungen, Blutabnahmen, PoC-Tests sowie assistierte Telemedizin sind daher unbedingt zielführend. Ärztliche Standesvertretungen liegen schlicht falsch, wenn sie befürchten, dass die Apotheken im Versorgungsgeschehen als Konkurrenz zu Arztpraxen etabliert werden. Sie werden vielmehr komplementäre Aufgaben übernehmen, die in der ärztlichen Versorgung perspektivisch nicht (mehr) leistbar sind und z. T. auch dort als Überversorgung einzuordnen sind.

Die Neuordnung der Primärversorgung wird zum Lackmustest dafür, ob es gelingt, das deutsche Gesundheitssystem von einer Kultur der Inanspruchnahme hin zu einer Kultur der verantwortungsvollen Patientensteuerung weiterzuentwickeln. Im Idealfall gelingt es dabei sogar, in Deutschland der vielzitierten „Vollkaskomentalität" eine im besten Sinne solidarische Kultur der Eigenverantwortung entgegenzusetzen. <<

 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used