

Neuer Schwung fürs System

Die Einführung eines Persönlichen Budgets würde die Patientensouveränität deutlich erhöhen, sagt der Münchener Gesundheitsökonom Professor Günter Neubauer.



Prof. Dr. Günter Neubauer,
Direktor des Instituts für
Gesundheitsökonomik,
München

Welchen Spielraum haben Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte bei ihren Investitionen und Therapieempfehlungen?

Formal liegt die Entscheidung bei den Ärzten und Krankenhäusern. Die Finanzausstattung ist jedoch vor allem für Investitionen zu gering. In Krankenhäusern liegt die Investitionsquote infolge der unzureichenden Länderfinanzierung bei drei bis vier Prozent des Jahresumsatzes; geboten wären mindestens sieben Prozent, zielführend wären zehn Prozent. Arztpraxen müssen Investitionen per se aus ihrem Honorarvolumen stemmen. Große Entscheidungsspielräume existieren dabei nicht. Die Begrenzung der Investitionen prägt die Versorgungsabläufe und die Therapieoptionen für die Patienten.

Welche Möglichkeiten haben Versicherte, hierauf Einfluss zu nehmen?

In ihrer Rolle als Beitragszahler können die Versicherten keinen Einfluss auf Entscheidungen im Gesundheitssystem nehmen, höchstens ihre Krankenkasse wechseln. Aber auch als Patienten sind ihre Einflussmöglichkeiten begrenzt. Sie können bestenfalls indirekt Einfluss auf die Investitionstätigkeit nehmen, indem sie ihren Arzt oder das Krankenhaus nach der Ausstattung auswählen. Die Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfachen keine steuernde Wirkung.

Was könnte ein Persönliches Budget für Patienten ändern?

Bei dem Modell eines Persönlichen Budgets geht es weder um Einsparungen im Versicherungssystem noch um Barauszahlungen. Vielmehr sol-

len Patienten selbstbewusst entscheiden können, welche Therapieoption sie bevorzugen und was ihnen das wert ist: Wir sprechen daher von einem Patientensouveränitätsstärkungsmodell. Wenn Patienten eine kostengünstige Therapieoption wählen, wird ihnen das eingesparte Geld auf einem Gesundheitskonto gutgeschrieben, von dem sie dann für Selbstzahler-Leistungen abbuchen können, zum Beispiel für eine klassische Kur. Heute gibt es schon eine Art Budget für Patienten, die sich in anderen EU-Staaten behandeln lassen. Die Kosten dürfen die hiesigen Ausgaben nicht übersteigen. Sind sie niedriger, profitiert nur die Krankenkasse. Den Patienten fehlt daher der Anreiz, nach Behandlungsalternativen zu suchen.

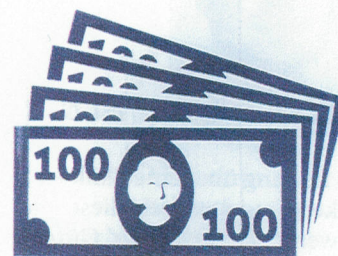
2008 wurden Persönliche Budgets nach dem Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen bereits eingeführt. Welche Erfahrungen liegen vor?

Laut dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat das Persönliche Budget zu mehr Selbstbewusstsein bei der Zielgruppe geführt und sei der richtige Weg für eine inklusive Gesellschaft. Wunder wären aber nicht zu erwarten. Ein vom BMAS beauftragtes Gutachten zeigt, dass knapp dreißig Prozent der Befragten eher unzufrieden waren, weil sie die Verwaltung zu aufwendig fanden oder Leistungseinbußen feststellten. Meines Erachtens ist die Umsetzung eines Persönlichen Budgets im GKV-Bereich leichter, da elektive Patienten weniger stark beeinträchtigt sind. Das Budget wäre auch für chronisch Kranke

Wie funktioniert ein Persönliches Budget?

Im Unterschied zum bisherigen Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) könnten Patienten bei einem Persönlichen Budget (PB) souverän bestimmen, für welche Therapieoption sie die bereitgestellten Finanzmittel einsetzen. Hierzu müssen sie bei ihrer Krankenkasse ein PB beantragen. Nicht verbrauchte Mittel würden auf einem persönlichen Gesundheitskonto bei der Krankenkasse gutgeschrieben, das dem Versicherten auf Antrag für Prävention und Zusatzleistungen zur Verfügung steht. Die Höhe des Budgets bemisst sich nach den erwarteten Kosten einer Therapie, beispielsweise für eine Zentrumsdialyse statt Heimdialyse.

Das PB ist grundsätzlich für planbare Eingriffe und bei chronischen Erkrankungen vorgesehen. Es setzt voraus, dass Behandlungsalternativen und transparente Leistungspreise existieren und die Patienten eine Zweitmeinung einholen können. Notfälle und Akuterkrankungen scheiden damit aus. Doch birgt das Modell der selbstbestimmten Entscheidung noch weitere Risiken. Neubauer nennt mangelnde Information und Fehlentscheidungen des Patienten, kurzfristiges beziehungsweise kurzfristiges Aufschieben einer Behandlung sowie negative, einkommensabhängige Gesundheitspräferenzen. Andererseits sind auch Krankenkassen und Ärzte nicht vor Fehlentscheidungen gefeit.



Die Grundzüge des Patientensouveränitätsstärkungsmodells entwickelte Dr. Alexander Wick als Doktorand von Prof. Dr. Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, München.

geeignet, die sich in der Regel intensiv mit ihren Erkrankungen befassen.

Wie schätzen Sie die Chance ein, ein Persönliches Budget im Gesundheitssystem einzuführen?

Die Widerstände sind erheblich, da der Patient so direkt Einfluss nimmt, was mit seinen Beitragsgeldern passiert. Bislang geben das die Krankenkassen vor, weil sie meinen zu wissen, was für die Versicherten am besten sei. Bei den Ärzten nehme ich unterschiedliche Reaktionen auf die veränderte Rolle des Patienten wahr. Positiv sehen manche, dass GKV-Versicherte zum Direktzahler werden, ähnlich wie Privatpatienten. Andererseits werden die Patienten kritischer. Heutige Patienten erfahren, welche therapeutischen Fort-

schritte es gibt und fordern diese, ungeachtet der Kosten, ein. Bislang müssen Ärzte und Krankenhäuser diesen Druck im Rahmen ihrer Budgets auffangen. Ein Persönliches Budget würde diesen Druck dämpfen, da Patienten Preis und Leistung abwägen.

Natürlich existiert der Einwand, dass Patienten mit geringem Einkommen eher eine günstige Therapie wählen, um sich später ein Zahnimplantat leisten zu können. Vielleicht wäre damit aber auch ein Anreiz gesetzt, die verhaltensbezogenen Anteile einer Therapie zu stärken. Dieser erwartete Effekt müsste in Modellvorhaben genauer untersucht werden. Bis dahin werden aber sicherlich noch fünf bis sechs Jahre vergehen.

Wären damit die Finanzierungsprobleme im Gesundheitssystem gelöst?

Das grundsätzliche Problem, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten schneller wachsen als die bereitgestellten Finanzmittel, ist in keinem Land der Welt gelöst. Das Budget könnte jedoch bewirken, dass ein Teil der Mittel tatsächlich entsprechend den Präferenzen der Patienten ausgegeben wird. Wenn sich zehn bis 20 Prozent der GKV-Versicherten beteiligten, würden 20 bis 40 Milliarden Euro bewegt, was zu einer neuen Ausrichtung der Versorgung führt.

Das Interview führte Dr. Adelheid Weßling.



Die smarteste App der Branche
BibliomedManager Smart-News

