



## Konzept einer sozial orientierten Kostenerstattung mit Anreizstrukturen für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten

### ***Vorbemerkung***

Die Forderung nach Einführung des Kostenerstattungssystems ist politisch umstritten und wird von Kritikern mit Folgewirkungen wie „Mehrkosten für Versicherte“ und „Zwei-Klassen-Medizin“ stigmatisiert. Gegenargumente betreffen häufig auch die Aspekte „Vorkasse“ und „Selbstbeteiligung“, die vor allem sozial Schwache davon abhielten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Anliegen des vorliegenden Papiers ist es, mit der Darstellung der Funktionsweise der Kostenerstattung und mit konkreten Vorschlägen zur Ausgestaltung einer Sozialverträglichkeit der Selbstbeteiligung diese Bedenken zu widerlegen und gleichzeitig Argumente für die Akzeptanz der Kostenerstattung als Grundprinzip der Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu liefern.

Kostenerstattung und die Stärkung der Eigenverantwortung führen nicht automatisch zu Mehrkosten für die Versicherten, wenn der Gesetzgeber entsprechende Regelungen schafft. Maßnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung sollen den Versicherten nicht zusätzlich belasten, sondern Anreize für einen bewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen setzen. Punktuell entstehende Belastungen können über Maßnahmen zur Senkung der Beitragssätze ausgeglichen werden. Kapitel II erläutert entsprechende Vorschläge. Für sozial Schwache sind Sonderregelungen notwendig.

Die größten Vorteile für die Versicherten sind Transparenz im Leistungs- und Kostengeschehen sowie der Umstand, dass sinnvolle Maßnahmen zur Steuerung der Patientenströme zugunsten notwendiger und versorgungsintensiver Behandlungen dem Arzt mehr Zeit für den einzelnen Patienten belassen. Der Patient kann sich darauf verlassen, dass der Arzt ausreichend Zeit für ihn hat, und er erfährt, welche Kosten seine Behandlung verursacht.

Wird die generelle Kostenerstattung eingeführt, ist das SGB V zu überarbeiten. Die aktuellen Regelungen zur Kostenerstattung sind mit dem vorliegenden Konzept nicht vereinbar. Darüber hinaus ist eine Umsetzung des Konzepts nur schrittweise möglich, wobei jeder Schritt für alle Versicherten gleichzeitig erfolgen muss.

*Hinweis: Alle in diesem Papier aufgeführten Zahlen und Berechnungen sind beispielhaft und sollen die Möglichkeit einer sozial verträglichen Selbstbeteiligung verdeutlichen.*

## **I Ausgangslage**

Das derzeitige GKV-System ist für viele Versicherte vor allem aus einem Grund attraktiv: Das Sachleistungsprinzip überträgt die Kostenverantwortung auf die Leistungserbringer. Ergebnis ist ein „Mitnahmeeffekt“ 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 die deutschen Versicherten durchschnittlich 18 Mal beim Arzt<sup>1</sup> – ein europäischer Spitzenwert. Trotzdem sind die Deutschen im europäischen Vergleich nicht gesünder. Der Arzt konnte sich 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 Freiberuflichkeit des Arztes ein, die aber Grundlage ärztlicher Entscheidungs- und Therapiefreiheit ist und somit eine individuelle und den Bedürfnissen des Patienten angepasste Versorgung gewährleistet. Das Problem der strukturellen Unterfinanzierung besteht jedoch weiterhin.

In der Versorgung äußert sich dies in einer Vergütungssystematik, die weder leistungs- noch sachgerecht und vor allem nicht zukunftsfähig ist. Die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung und die erbrachten ärztlichen Leistungen bildet die derzeitige auf einem komplizierten Verteilungsschlüssel fußende Honorarsystematik nur unzureichend ab.

Prognosen zur demografischen Entwicklung gehen davon aus, dass sich das Verhältnis von Beiträgen zahlenden Erwerbstätigen zu nicht Erwerbstätigen von derzeit 3:1 auf 1:1 im Jahre 2050 einpendelt. Gleichzeitig wächst durch die alternde Bevölkerung der Bedarf an Gesundheitsleistungen. Ohne grundlegende Reformen ist im Jahre 2050 mit einem Beitragssatz zwischen 27 und 44 Prozent zu rechnen. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass sich die derzeitigen Probleme der GKV massiv verschärfen und die bisherigen Strategien der Politik – das heißt Beibehalten der lohngekoppelten Umlagefinanzierung und des Sachleistungsprinzips sowie Weiterführung der Kostendämpfungspolitik – zum Scheitern verurteilt sind. Die Gesundheit der Bürger ist langfristig so nicht finanzierbar.

Die zwei zentralen Ziele neben einer grundlegenden Finanzierungsreform der GKV – zum Beispiel über die Einführung einer Prämienfinanzierung, die nicht an die Höhe der Löhne gekoppelt ist – müssen daher die gezielte Förderung des Bewusstseins in der Bevölkerung für den Wert ärztlicher Leistungen und damit einhergehend eine transparente, kostendeckende und vor allem zukunftsfähige Abrechnungs- und Vergütungssystematik sein.

## **II Elemente zur Ausgestaltung einer sozialverträglichen Selbstbeteiligung bei geltendem Kostenerstattungsprinzip**

### **1. Allgemein**

Als ersten Schritt fordert der Hartmannbund die Ablösung des Sachleistungsprinzips durch die Kostenerstattung mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung.

Der Patient erhält vom Arzt eine Rechnung über die erbrachten Leistungen. Die Rechnung reicht er zur Erstattung bei seiner Krankenkasse ein. Alternativ kann der Arzt die vom Patienten abgezeichnete Rechnung an die Kasse schicken, die den erstattungsfähigen Teil des Honorars direkt begleicht, oder der Arzt beauftragt ein Abrechnungsunternehmen.

Der Patient darf dabei nicht in die Lage geraten, in Vorleistung gehen zu müssen. Für Versicherte und Krankenkassen sind daher Regelungen zu schaffen, die sicherstellen, dass Arzt-

rechnungen innerhalb der vom BGB in § 286, Absatz 3 vorgesehenen Frist erstattet werden. Für den Fall, dass die Kasse zu Unrecht die Erstattung verweigert bzw. ihr Ermessen fehlerhaft oder gar nicht ausgeübt hat, sind vom Gesetzgeber gesetzliche Regelungen und Strukturen vorzusehen, die Patienten bis zur abschließenden Klärung finanziell nicht belasten.

Kostenerstattung heißt also im Kern, dass das Arzthonorar vom Versicherten beglichen wird, wobei die Kosten von seiner Versicherung erstattet werden. Kostenerstattung bedeutet jedoch nicht, dass der Patient die Rechnung sofort begleichen und in Vorleistung gehen muss („Vorkasse“).

Grundlage sowohl der Rechnungsstellung als auch der Erstattung durch die Kasse muss eine einheitliche Gebührenordnung maßgeblich auf der Basis von Einzelleistungen bzw. medizinisch notwendigen Leistungskomplexen sein. Dadurch wird das Leistungsgeschehen transparent, die Verteilungsbürokratie abgeschafft, die Freiberuflichkeit gestärkt. Grundsätzlich müssen die Versicherten die Möglichkeit haben, über die Wahl entsprechender Tarife die in Rechnung gestellten Kosten in voller Höhe erstattet zu bekommen (abzüglich der sozial verträglichen Selbstbeteiligung). Kostenerstattung heißt damit also nicht, dass die Kasse generell nur einen Teilbetrag erstattet.

Die derzeitigen Benachteiligungen gemäß § 13 SGB V, Absatz 2 sind zu beseitigen – auch, wenn es vorläufig nicht zu einer vollständigen Ablösung des Sachleistungsprinzips durch die Kostenerstattung kommen sollte. Damit würden die Wahlfreiheit der Versicherten und die Akzeptanz für das Kostenerstattungsprinzip wesentlich gestärkt. Bislang benachteiligt der Gesetzgeber die Wahl der Kostenerstattung zum Beispiel mit einer begrenzten Kostenübernahme durch die Kasse in Höhe der jeweiligen EBM-Vergütung bei gleichzeitiger Verpflichtung des Arztes zur Abrechnung nach GOÄ. Die Differenz muss der Versicherte tragen. Hinzu kommen Abzüge der Verwaltungskosten, der Kosten für Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie zu leistender Zuzahlungen vom Erstattungsbetrag. Zudem hat der Gesetzgeber Mindestzeiträume festgelegt, innerhalb derer der Versicherte den gewählten Kostenerstattungstarif nicht wechseln darf.

*Fazit: Die Kostenerstattung führt im Rahmen der Abrechnung für den Patienten nicht zu Mehrkosten, wenn der Gesetzgeber entsprechende Regelungen vorsieht. Sie ist lediglich eine alternative Abrechnungssystematik.*

## **2. Sozialverträgliche Ausgestaltung**

Eine sozial verträgliche Selbstbeteiligung soll die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und als Steuerungsinstrument für die Patientenströme zugunsten versorgungsintensiver Fälle dienen. Ziel: Im Ergebnis hat der Arzt mehr Zeit für den einzelnen Patienten.

Als Maßnahme zur Stärkung der Eigenverantwortung darf die Selbstbeteiligung nicht darauf hinauslaufen, dass die Versicherten insgesamt mehr für ihre Krankenversicherung zahlen müssen. Vielmehr soll die Selbstbeteiligung Anreizstrukturen für einen bewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen schaffen. Zugleich bekommen die Versicherten damit die Möglichkeit, Einfluss auf die Ausgabenentwicklung zu nehmen. So setzt die Selbstbeteiligung auch einer übermäßigen Mengenausweitung eine „natürliche“ Grenze.

Die sich daraus ergebenden punktuellen Belastungen für den Versicherten können durch Entlastungen bei der Höhe der Beiträge bzw. Prämien ausgeglichen werden. So könnten im ersten Jahr nach Einführung des allgemeinen Kostenerstattungsprinzips die geringeren GKV-Ausgaben, die sich aus der Selbstbeteiligung ergeben, zum Quartals- oder Jahresende mit den über Beiträge bzw. Prämien finanzierten Einnahmen ins Verhältnis gesetzt und der aller Voraussicht nach erzielte Überschuss pauschal an die Versicherten ausbezahlt werden. Anhand der dann vorliegenden Zahlen sind darüber hinaus Prognosen möglich, die eine entsprechende Anpassung des künftigen Beitragssatzes bzw. der künftigen Prämie erlauben. Dies stellt für die Versicherten zusätzlich einen Anreiz für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten dar, denn von einer Rückzahlung profitieren jene, die weniger häufig einen Arzt aufgesucht und entsprechend weniger an Selbstbeteiligung aufgewendet haben.

Unabhängig davon sollte eine Prüfung der Finanzierungsgrundlagen einzelner Komplexe des Leistungskatalogs (beitrags-/prämienfinanziert, steuerfinanziert oder privatfinanziert) nicht ausgeschlossen werden. Sich daraus ergebende Entlastungen der GKV sollten unter Berücksichtigung der Arbeitgeberanteile direkt an die Versicherten weitergegeben werden.

Besonders wichtig ist jedoch: In keinem Falle darf eine Regelung zur Selbstbeteiligung sozial Schwache davon abhalten, bei Beschwerden einen Arzt aufzusuchen. Dazu gehört auch die im vorangegangenen Abschnitt erläuterte Ausgestaltung der Zahlungsfristen. Niemand darf für die Schwere einer Erkrankung „bestraft“ werden.

Maßnahmen	Erläuterung
<b>kontaktabhängiger prozentual gestaffelter Selbstbehalt</b> über alle Leistungsbereiche in Höhe von max. 10% pro Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Steuerungswirkung zugunsten notwendiger und versorgungsintensiver Behandlungen</li> <li>- <b>Praxisgebühr<sup>2</sup> und sämtliche Zuzahlungen entfallen</b></li> <li>- prozentuale Staffelung des Selbstbehalts auf Basis der realen Behandlungskosten mit negativer Progression (z.B. bis 50 Euro 10%, bis 100 Euro 8%, bis 150 Euro 6%, bis 200 Euro 5%, bis 300 Euro 4%, bis 500 Euro 3%, bis 1000 Euro 2%, ab 1000 Euro 1%)</li> <li>- Der Patient erhält nach der Behandlung vorläufig eine <b>Arztquittung</b>, die die erbrachten Leistungen und – besonders hervorgehoben – den nicht erstattungsfähigen Selbstbehalt ausweist.</li> </ul>
<b>Geringverdiener und ALG-II-Empfänger zahlen 1 Euro pro Arztbesuch<sup>3</sup>.</b>	Sozial Schwache sollen nicht von notwendigen Arztbesuchen abgehalten, vom Prinzip der Eigenverantwortung aber auch nicht ausgenommen werden.
<b>max. Selbstbehalt</b> in Höhe von 2% des aktuellen Jahresbruttoeinkommens, bei Chronikern 1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese Regelung entspricht geltendem Gesetz (§ 62, SGB V) und stellt insofern auch keine Überforderung der Versicherten dar (bei einem jährlichen Durchschnittseinkommen von 30.000 Euro ergibt sich eine max. jährliche Belastung von 600 Euro, bei Chronikern 300 Euro).</li> <li>- Nach Erreichen dieser Obergrenze tritt die Regelung für Geringverdiener und ALG-II-Empfänger in Kraft.</li> <li>- Zusätzlich sind gesetzliche Regelungen zu schaffen, die punktuelle Belastungen (z.B. zu Quartalsbeginn) ausschließen.</li> </ul>

### III Kostenerstattung im Rahmen des Kollektivvertrags

Die Einführung des Kostenerstattungsprinzips bedeutet nicht zwangsläufig das Ende des Kollektivvertragssystems und auch nicht das Ende der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Die derzeitigen Aufgaben der KVen beschränken sich nicht auf Vergütungsverhandlungen und die Honorarverteilung. Neben Honorarverträgen sind zum Beispiel Fragen der Sicherstellung sowie der Qualitätssicherung und -prüfung kollektivvertraglich geregelt. Diese könnten auch weiterhin einvernehmlich zwischen den Partnern der Selbstverwaltung vereinbart und vertraglich fixiert werden. Ebenso muss weder auf die Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien der Bundesmantelverträge noch auf die umfangreichen Regelungen der regionalen Gesamtverträge in einem Kostenerstattungssystem verzichtet werden.

Selbst Vergütungsverhandlungen und -verträge wären in einem solchen System möglich, denn Kostenerstattung betrifft lediglich das Verfahren der Abrechnung und Honorarverteilung. Somit wäre lediglich das Sachleistungsprinzip obsolet, damit auch die Zahlung einer Gesamtvergütung durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung.

Mehr noch: Die Kostenerstattung böte die Möglichkeit, die KVen analog zu den Privatärztlichen Verrechnungsstellen als Dienstleister bei der Rechnungsstellung an die Patienten zu etablieren. Das könnte neben der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung auch den Rechnungsversand und mögliche Maßnahmen zur Durchsetzung umfassen.

---

1) Barmer GEK Arztreport 2010

2) Rückführung der Überweisungen auf medizinische Indikation, Mengensteuerung über kontaktabhängigen Selbstbehalt

3) Die jetzige Regelung sieht vor, dass auch ALG-II-Empfänger die Praxisgebühr in voller Höhe zu tragen haben. Befreiungen sind kassenabhängig.