

14. Dezember 2011

+++ Reformvorschlag zur Praxisgebühr +++

Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift

Praxisgebühr entfällt

Status quo

Versicherte der GKV müssen 10 € Praxisgebühr je Quartal bei der erstmaligen Behandlung eines Arztes, Psychotherapeuten bzw. Zahnarztes bezahlen, außer die Behandlung erfolgt nach Überweisung. Als Praxisgebühr wurden 2010 rund 1,55 Mrd. € von niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten eingenommen, 0,38 Mrd. € von Zahnärzten. Die Praxisgebühr ist neben Beitragseinnahmen und Steuersubventionen eine gesonderte Finanzierungsquelle der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Praxisgebühr wurde 2004 als Steuerungsinstrument eingeführt, um einen Anreiz zu setzen, dass die Patienten weniger häufig die Praxen aufsuchen. Mittlerweile hat sich gezeigt, dass die Praxisgebühr keinerlei steuernde Funktion hat: Die an sie gestellten Erwartungen wurden nicht erfüllt.

Grund dafür ist, dass die Praxisgebühr in keinem Verhältnis zu den Kosten der medizinischen Versorgung steht. Die Praxisgebühr kann daher auch nicht als Preissignal von den Patienten wahrgenommen werden. Im Gegenteil: Die Praxisgebühr von 10 € wird von den Patienten als Eintrittsgebühr oder „Flatrate“ missinterpretiert und als Leistungsversprechen für eine unbegrenzte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verstanden.

Aktuelle Optionen für den Gesetzgeber

Im Sachleistungsprinzip stehen dem Gesetzgeber derzeit zwei Reformoptionen zur Auswahl:

1. Ersatzlose Streichung der Praxisgebühr
2. Neujustierung der Praxisgebühr als Kontaktpauschale (z.B. 5 € je Arzt/Patienten-Kontakt)

Für eine ersatzlose Streichung der Praxisgebühr spricht, dass dadurch die Praxen von Administrationskosten befreit würden. Mit der Streichung der Praxisgebühr entfallen auch für Krankenkassen ein Teil der Verwaltungskosten, die sie für Prüfung und Ermittlung der

Zuzahlungsbefreiungen aufwenden müssen. Gegen eine ersatzlose Streichung spricht, dass die jährlichen Einnahmen der Krankenkassen um zwei Mrd. € geringer ausfallen und diese Mindereinnahmen dann in den ambulanten Bereich weitergereicht werden könnten. Zudem würde für längere Zeit die Möglichkeit entfallen, ein ordnungspolitisch funktionsfähiges Anreiz- und Eigenbeteiligungssystem zu implementieren.

Für eine Neujustierung der Praxisgebühr als Kontaktpauschale von beispielsweise 5 € spricht, dass dies ein spürbarer „Anreiz“ für die Vermeidung von (unnötigen) Arzt/Patienten-Kontakten wäre. Gleichzeitig könnten die Einnahmen der Praxisgebühr auf vier Mrd. € gesteigert werden. Gegen eine Kontaktpauschale spricht, dass eine steigende Zahl von Versicherten finanziell überfordert wäre und zudem die Verwaltungskosten der Praxen und Krankenkassen weiter steigen würden.

Bewertung: Im Ergebnis ist weder die Streichung noch die Neujustierung der Praxisgebühr als Kontaktpauschale von 5 € eine zufriedenstellende und nachhaltig gedachte Lösung.

Lösungsansatz Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift

Transparenz und sinnvolle Anreize sind eine notwendige Bedingung für die ambulante Versorgung der Zukunft. Vor diesem Hintergrund wurde das Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift („VGS“) entwickelt.

Mit dem Versorgungsmodell VGS wird eine innovative Lösung für Patienten, Versicherte, Ärzte und Krankenkassen vorgelegt, mit der die Elemente Patientenquittung, Einzelleistungsvergütung, implizite Kostenerstattung und solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung zu einem logischen Gesamtkonzept zusammengefügt werden. Im Ergebnis wird mit dem „VGS“ eine effiziente Versorgung bewirkt, mit der gleichzeitig die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Eigenverantwortung, der Gerechtigkeit und der Versorgungsqualität gestärkt werden.

Das Versorgungsmodell VGS besteht aus den folgenden Punkten:

- Die heutige Praxisgebühr wird abgeschafft.
- Ein Gesundheitskonto wird für Versicherte eingerichtet.
- Eine Solidargutschrift (=solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung) in Höhe von 10 % der individuellen ambulanten Behandlungskosten wird auf dem Gesundheitskonto gutgeschrieben.
- Die Finanzierung der Solidargutschrift erfolgt über den Gesundheitsfonds bzw. die Krankenkasse.

- Nach der Behandlung erhält der Patient von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Rechnung über die Behandlungskosten.
- Über die implizite Kostenerstattung erstattet die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung 90 % der Behandlungskosten.
- Rechnungsgrundlage ist eine Einzelleistungsvergütung nach GOÄ. Bestimmung der GOÄ-Multiplikatoren: Durch Verhandlungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse.
- Nach Plausibilitätsprüfung werden 10 % der ambulanten Behandlungskosten vom individuellen Gesundheitskonto abgebucht.
- Die Praxis erhält 100 % der Behandlungskosten erstattet.
- Wenn das Gesundheitskonto aufgebraucht ist, wird die Solidargutschrift zur Eigenbeteiligung von 10 % mit einer Begrenzung der Belastungen auf einen Prozentsatz des Einkommens oder auf einen vorgegebenen Euro-Betrag.
- Bleiben nach Ablauf des Abrechnungsjahres positive Beträge auf dem Gesundheitskonto stehen, so können diese an den Versicherten ausgezahlt („Cash-back“), für das nächste Jahr gespart oder für weitere Verwendungen („Zuzahlungen“) eingesetzt werden.

Da sich die Ermittlung des Gesundheitskontos an der Morbidität und nicht am Einkommensstatus des Versicherten orientiert, sind die Solidarprinzipien der GKV erfüllt.

Hierzu Institutsleiter Dr. Drabinski: *„Mit dem vorgeschlagenen Konzept Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS) kann die derzeitige Praxisgebühr entfallen und die gewünschten Steuerungswirkungen erreicht werden. Das Gesundheitskonto übernimmt dabei die Funktion der sozialen Absicherung, vor allem für chronisch Kranke.“*

Weitergehende Informationen finden sich auf der Internetseite www.solidargutschrift.de.

KONTAKT

Dr. Thomas Drabinski
Institutsleiter
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)
Postadresse Brandkuhle 11, 24107 Kiel
Besuchsadresse Am Kiel-Kanal 2, 24106 Kiel
Telefon 0431 385 7820
Telefax 0431 385 9135
Email institut@ifmda.de
Internet www.ifmda.de