

Umstellung auf Direktabrechnung: BD veröffentlicht Diskussionspapier

Am ersten März findet die nächste Vorstandssitzung des Bündnis Direktabrechnung (BD) in Hannover statt. Im Vorfeld des Treffens gibt der stellvertretende Vorsitzende, Bertram Steiner, einen Ausblick auf die zu erwartenden Diskussionen - und hält sich mit Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik nicht zurück: „Je näher der Kollaps des Sachleistungssystems rückt, um so lauter werden die Stimmen, die vor den Gefahren des direkten Vertragsverhältnisses zwischen Arzt und Patient warnen. Diejenigen, die das bestehende System mit immer komplizierteren Regularien und immer intransparenteren Geldflüssen vor die Wand gefahren haben, behaupten nun, das System der Direktabrechnung mit Kostenerstattung würde nicht realisierbar sein.“
Anzeige

Steiner will die Argumente der Politik unter die Lupe nehmen.

Das erinnere ihn sehr stark an die Ausflüchte eines Kindes, wenn es die Schularbeiten nicht machen will, monierte Steiner in einer Erklärung. Der Zahnarzt legte zu diesem Themenbereich auch eine Diskussionsgrundlage für das Treffen in Hannover vor (wir dokumentieren den Text unter dieser Meldung). „Die Politiker dürfen sich nicht mehr mit Ausflüchten vor der grundlegenden Umsteuerung im Gesundheitswesen drücken. Wir können den Ausreden der großen Volksparteien die notwendigen Lösungen entgegenhalten“ betonte Steiner.

Die FDP habe mit ihrem Antrag zur Gesundheitspolitik im Bundestag die allgemeine Diskussion eröffnet. Die richtigen Ansätze zur Umsteuerung stießen innerhalb der Ärzteschaft, aber auch bei der Bevölkerung auf große, positive Resonanz. „Daran hätte sich auch nichts durch die Redebeiträge der anderen Parteien in der Bundestagsdebatte geändert, die im Kern dem Problem durch die übliche Propaganda des Gesundheitsministeriums ausweichen wollten.“

Es werde in diesem Wahljahr 2009 trotz der Finanzmarktkrise das Thema Gesundheitspolitik wahlentscheidend sein, unterstrich Steiner: „Das Bündnis Direktabrechnung wird an der aktuellen Gesundheitspolitik nicht nur die berechtigte Kritik üben, sondern in dieser Diskussion substantielle Beiträge leisten. Das vorgelegte Diskussionspapier ist ein Teil davon.“

Diskussionspapier von Bertram Steiner

„Die leidige Übergangsregelung“ oder „Warum es nicht geht“

Wer kann sich nicht an die vielfältigen „Argumente“ seiner Kinder erinnern, wenn es galt, etwas Unangenehmes, Ungewolltes zu vermeiden. Der Erfindungsreichtum war grenzenlos, um das ungewünschte Umkleiden, Kämmen, Waschen, Schlafengehen oder was auch immer als definitiv unmöglich darzustellen.

Neuerdings sind es die „niemals zu bewältigenden Umstellungsprobleme“ vom Sachleistungssystem zum Direktabrechnungssystem. Wer allerdings ernsthaft die Umstellung ins Auge fasst, findet relativ rasch Lösungswege, schließlich handelt es sich nicht um das Fermat'sche Problem.

Betrachten wir die am häufigsten angeführten „Probleme“.

Überbelastung der Versicherten?

Fragestellung

Bei der beschriebenen Belastung der Versicherten geht es in erster Linie wohl um die finanzielle Belastung der Menschen ohne oder mit nur geringem Einkommen, mit einer großen Familie bei nur einem Verdienner o.ä.

Die „Normalverdiener“ zahlen einen Betrag von 14,9% des sozialpflichtigen Einkommens in die GKV ein. Für geringfügig entlohnt Beschäftigte („400-Euro-Job“) zahlt der Arbeitgeber neben anderem 13% Krankenversicherungspauschale, die paradoxerweise keinen Anspruch des Arbeitnehmers gegenüber einer Krankenkasse hervorruft.

Für Empfänger von ALG 1 wird der GKV-Beitrag von der „Agentur für Arbeit“, für ALG 2 Empfänger vom Finanzamt, für die Rentner von der Rentenversicherung bezahlt.

Es gibt also neben den von den Versicherten eingezahlten Beiträgen und den direkten Finanzaufwendungen des Bundes an die GKV einen Geldtransfer von anderen Sozialversicherungsträgern und den Finanzämtern an die GKV.

Gehen wir davon aus, dass der „Normalverdiener“ in der Lage ist, sich selbst zu versichern, bleibt die Frage, wie solle der „Geringverdiener“ oder Einkommenslose in die Lage versetzt werden.

Lösungsmöglichkeit

Bei Einkommenslosen wird der Beitrag zur Basisversicherung (siehe dort) von den bisherigen Leistungsträgern (Sozialversicherung bzw. Finanzämter) in voller Höhe übernommen.

„Geringverdiener“ erhalten einen Zuschuss zum Beitrag von den Finanzämtern.

Beispielsweise könnte angelehnt an den Grundfreibetrag bis dahin der gesamte Beitrag aus Steuermitteln finanziert werden, darüber hinaus Verdienende können bis zu einer Obergrenze einen gestaffelten Zuschuss erhalten.

Der Zuschuss könnte analog dem jetzigen Verfahren vom Finanzamt direkt an die Versicherungen überwiesen werden.

Der Nachweis der „Zuschussfähigkeit“ könnte bspw. durch Vorlage der Verdienstbescheinigung bei der gewählten Versicherung erbracht werden, die wiederum den Gesamtbetrag gegen Nachweis beim Finanzamt beiträgt.

Die Versicherung der Kinder erfolgt generell aus Steuermitteln. Die Versicherer bieten einen einheitlichen „Kinderbasistarif“ an, der automatisch allen versicherten Elternteilen zur Verfügung steht. Die Versicherer stellen die Beiträge für die von ihnen versicherten Kinder gegen Nachweis dem Finanzamt in Rechnung.

Für Rentner gilt das gleiche Prinzip wie für alle Versicherten. Der bislang aus der Rentenversicherung an die Krankenversicherung der Rentner angewiesene Beitrag wird allen Rentnern analog zur Höhe ihrer Rente ausgezahlt.

Der bisherige Arbeitgeberanteil zur KV wird ab dem Stichtag dem Nettogehalt zugeschlagen. Die Krankenversicherungspauschale für „geringfügig entlohnt Beschäftigte“ entfällt ersatzlos.

Als Bemessungsgrundlage für die Zuschussfähigkeit gilt das Gesamteinkommen, nicht allein der Erwerb aus unselbständiger Tätigkeit. Bei der jährlichen Einkommensteuererklärung werden alle Einkommensarten zusammen geführt und mit eventuell erhaltenen Zuschüssen nach 1.2.2. abgeglichen.

Basisversicherung

Fragestellung

Die immer wieder gestellte Frage in Hinblick auf die Patienten lautet heute: Was muss durch die Krankenkasse bezahlt werden, was muss der Patient selbst bezahlen? Die Geister scheiden sich bei der Beantwortung an vielen Stellen. Das Kriterium WANZ ist für den Patienten nicht transparent, der Raum für Auslegungen ist groß. Ärzte stehen aufgrund ihrer persönlichen Inanspruchnahme bei Überschreiten irgendwelcher Budgets immer in einem Entscheidungsdilemma, das sie aber mit dem Patienten nicht sinnvoll besprechen können. Der Patient wird die teurere Lösung als für ihn sinnvoll verlangen, der Arzt muss dann gegebenenfalls gegen den Patientenwunsch handeln.

Lösungsmöglichkeit

Eine Basisversicherung hat sich dieser Frage gar nicht zu stellen. Die wesentlichen ambulanten diagnostischen und therapeutischen Leistungen der GKV gehören in den Katalog der Basisversicherung. Gibt es für eine Diagnose verschiedene Therapieansätze, obliegt es der Versicherung darzustellen, welcher Therapieansatz bei ihr in der Basisversicherung abgesichert ist.

Dem Steuerungselement „Eigenbeteiligung“ wird eine wesentliche Rolle zukommen. Allen nicht zuschussberechtigten Versicherten muss eine transparente Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten von mindestens 10% verbleiben. Dies gilt auch für die Erkrankung der Kinder.

Die Kosten für jegliche medizinische Versorgung (bereits der Versicherungsbeitrag) mindern das steuerpflichtige Einkommen. Stellt sich bei der Einkommensteuererklärung hierdurch nachträglich heraus, dass der Steuerpflichtige durch seine Zuzahlungen zu einem zuschussberechtigten Versicherten wird, muss ihm der zustehende Zuschuss und die überschießende Eigenbeteiligung zusammen mit der Steuererstattung ausgekehrt werden.

Leistungen für chronisch Kranke sind nicht von der Zuzahlungsregelung ausgenommen. Handelt es sich um einen Patienten aus dem Kreis der zuschussberechtigten Versicherten, ist er ohnehin befreit. Ist sein Einkommen höher, kann er nachträglich durch seine Einkommenssteuererklärung in den Kreis der zuschussberechtigten Versicherten kommen. Alsdann werden ihm die geleisteten Zuzahlungen erstattet.

Leistungen der GKV, die eher zu den Leistungen mit „unbewiesenem“ therapeutischen Nutzen zählen (Homöopathie etc.) sowie Präventionsleistungen gehören nicht zum Pflichtkatalog der Basisversicherung. Ist eine Versicherung vom wirtschaftlichen Nutzen präventiver Leistungen überzeugt, kann sie diese freiwillig in ihren Basiskatalog aufnehmen.

Vorkasse/Zahlung vor Erstattung

Fragestellung

Oft wären die Patienten finanziell überfordert, wenn sie die Arztrechnung vor der Erstattung begleichen müssten, heißt es. Besonders chronisch Kranke würden von den sehr hohen Kosten überfordert.

Die Ärzte hätten unvergleichlich hohe Außenstände zu gewärtigen, da ja niemand für die Zahlung geradestünde. Sozial schwache Patienten würden erhaltene Erstattungen nicht an den Arzt weiterleiten und könnten andererseits auch keine Vorkasse leisten.

Lösungsmöglichkeit

Ob Patienten, die sich PKWs, riesige Flachbildschirme oder Doppelkühlkombinationen leisten können, finanziell durch den Besuch beim Orthopäden überfordert wären, steht dahin. In einem gesunden Arzt-Patient-Verhältnis stellt sich die Frage nicht. Der Behandlung folgt die Bezahlung, wie beim Bäcker oder Friseur. Kennt der Arzt den Patienten nicht, erbittet er die Kreditkarte oder eine moderate Vorauszahlung.

Chronisch Kranke oder zuzahlungsbefreite Patienten können von ihrer Versicherung einen Versicherungsnachweis (KVK) erhalten, der dem Arzt ermöglicht, online zu erfahren, was bei der Versicherung in dem Tarif abgedeckt ist. Der Patient kann dann eine Abtretungserklärung unterzeichnen, die die Übermittlung der Behandlungsdaten an die Versicherung in diesem Einzelfall mit nachfolgender direkter Zahlung der Versicherung an den Arzt erlaubt.

Risikobewertung

Fragestellung

Bei einer Basisversicherung mit Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung handelt es sich ja quasi um die GKV. Das machen doch private Versicherer nicht mit, hört man immer wieder. Und wenn es eine Risikoprüfung gibt, werden die tatsächlich kranken Menschen nicht mehr oder nur noch mit enorm hohem Risikozuschlag versichert. Insbesondere Chroniker und schwer erkrankte Menschen werden nicht mehr aufgenommen.

Lösungsmöglichkeit

Es handelt sich nicht um eine GKV. Wesentlich ist dabei die Abkehr vom alleinigen Umlageverfahren. Zwar sind auch private Krankenversicherungen innerhalb eines Versichertenkollektivs dem Umlageverfahren verhaftet, allerdings haben sie die Möglichkeit zur Ansammlung eines individualisierten Kapitalstocks für später zu erwartende Krankheitsfälle.

Bislang haben die privaten Versicherer verschiedene versicherungstechnische Kollektive aufgebaut. Um innerhalb der Kollektive eine gleichmäßige Struktur zu gewährleisten, muss bisher ein ausgewogenes Risikoverhältnis gebildet werden. Hierzu ist es erforderlich, vor allem in Hinblick auf die Mitbewerber, eine Risikoprüfung vorzunehmen.

Sobald nicht nur ein vorselektiertes Versichertenpotential (alle Bürger oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze) zu versichern ist, sondern jeder Bürger, und sobald der gesetzliche Rahmen das Angebot einer Basisversicherung mit Kontrahierungszwang vorschreibt, ändern sich die Wettbewerbsbedingungen für private Versicherer schlagartig.

Es ist für die Versicherer ein lediglich versicherungsmathematisches Problem, einen Tarif mit oder ohne Risikoprüfung zu rechnen, wenn das Kollektiv nur groß genug ist. Dass ein Tarif ohne Risikoprüfung teurer ist als einer mit Risikoprüfung, versteht sich von selbst.

Schwer chronisch vorerkrankte Menschen (MS-Patienten, HIV-Patienten etc.) stellen versicherungstechnisch ein besonderes Problem dar. Allerdings für die PKV wie für die GKV gleichermaßen: Sie kosten viel Geld und zahlen in der Regel nichts ein. Es steht nichts dagegen, allen privaten Versicherern für eine mittelfristige Übergangszeit einen jährlichen Betrag zur Deckung der Kosten dieser chronisch schwer erkrankten Menschen zur Verfügung zu stellen. Die Versicherer hätte die Aufgabe, diesen Betrag zu beziffern, um im Gegenzug zum Kontrahierungszwang diesen Betrag aus Steuermitteln des Bundes zu erhalten.

Es ist nicht einzusehen, warum der Staat nicht für die Lasten der fehlenden Nachhaltigkeit der falschen Gesundheitspolitik aufkommen soll, erst recht, wo wesentlich höhere Beträge für fragwürdige Banken- oder Industrierettungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Nach Ablauf der festzulegenden Frist (möglicherweise zehn Jahre) werden die Behandlungskosten für diese Versicherten aus den Rückstellungen bezahlbar sein, so dass der Steuerzuschuss degressiv gestaltet werden kann.

Nachhaltigkeit und Risiko

Fragestellung

Ein Kostenerstattungssystem durch private Versicherer wäre in seiner Nachhaltigkeit außerordentlich gefährdet, heißt es manchmal. Das Sachleistungssystem, um das uns die Welt beneiden würde, ließe sich an wirtschaftliche Schwankungen anpassen. Zusätzlich werden Beitragssteigerungen, wie bei der PKV üblich, die Menschen immer weiter finanziell auszehren. Gerade ältere Menschen, die gar keine Kapitalrückstellungen mehr leisten könnten, werden die steigenden Beiträge nicht mehr bezahlen können.

Lösungsmöglichkeit

Vergessen wird, dass die Beiträge bei der GKV genauso kontinuierlich angestiegen sind, und zwar auf mehreren Ebenen: Der Beitragssatz ist angestiegen, die Beitragsbemessungsgrenze wurde angehoben, die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen stiegen, so dass sich die Einnahmen der Kassen von 1976 35 Mrd. Euro auf 141 Mrd. Euro im Jahr 2006 steigerten, ein Anstieg um 300 (dreihundert !) Prozent. Vergessen wird weiter, dass der Anteil, den GKV-Patienten seit 1976 für ihre Behandlung selbst bezahlen müssen, immer weiter angestiegen ist. Vergessen wird gerne die Praxisgebühr, die Medikamentenzuzahlung usw. Vergessen wird in diesem Vergleich, dass in dem PKV-Beitragssatz die Quersubvention zur GKV in den Praxen enthalten ist. Und vergessen wird, dass die ambulante Behandlung von 70 Mio. GKV-Versicherten nur durch mangelhafte Bezahlung der Ärzte und anderer Gesundheitsberufe aufrechterhalten wird.

Die Vorsorge für die Krankheiten des alten Menschen ist im PKV-System durch Kapitalrückstellungen besser geregelt als im GKV-Umlagesystem. Die fehlenden Rückstellungen für die Rentner durch die Umstellung können aus den Steuerzuschüssen, die zur Rentenversicherung ohnehin geleistet werden, ausgeglichen werden. Schon bislang wurde die Krankenversicherung der Rentner von den Beiträgen der im Arbeitsleben stehenden Versicherten subventioniert.

Abwicklung und Auflösung

Fragestellung

Der gewaltige bürokratische Apparat, der aufgrund des SGB V an vielen Stellen aufrechterhalten wird, bei Krankenkassen, KVen, schätzungsweise 150.000 Menschen in Lohn und Brot, kann nicht so einfach aufgelöst werden. Allein die gewaltige Zahl von Arbeitslosen wäre nicht darstellbar.

Lösungsmöglichkeit

Auch private Versicherungen brauchen Mitarbeiter. Ein Teil, vielleicht 35% der Kassenmitarbeiter wird bei privaten Versicherern Beschäftigung finden. Die verbleibenden zwei Drittel werden vom sozialen Netz „Agentur für Arbeit“ aufgefangen. Die unproduktive Beschäftigung von Verwaltungsangestellten darf nicht der Grund sein, Milliarden Euro der medizinischen Versorgung der Versicherten vorzuenthalten. Die gut ausgebildeten Angestellten könnten den notorischen Arbeitskräftemangel im Bereich der Sozialhilfe beheben.