

1. Auflage
Berlin 2011

Schriftenreihe
Band 10



Gesundheitskonto mit Solidargutschrift: Ein Versorgungsmodell für Bürger

Thomas Drabinski



PVS/Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

1. Auflage
Berlin 2011

Schriftenreihe
Band 10

| **10**

Gesundheitskonto mit Solidargutschrift: Ein Versorgungsmodell für Bürger

Thomas Drabinski



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Ein Studienprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein,
des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und des
Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA).

Internetseite zur Studie:
www.solidargutschrift.de

Dieses Buch ist unter gleichnamigem Titel als Band 17
der Schriftenreihe des Institutes für Mikrodaten-Analyse in Kiel
mit der ISBN 978-3-88312-299-1 erschienen.

Vorwort

Paradigmenwechsel bedeutet allgemein, dass bisher vorherrschende Denkmuster eine Veränderung erfahren. Im Gesundheitssystem gibt es eine Reihe von Denkmustern, die oft auch mit mythologischen und ideologischen Inhalten gefüllt werden. Traditionell ergeben sich daraus emotionale Diskussionen, die häufig mit dem Ziel geführt werden, bessere und innovativere Lösungen für das Gesundheitssystem zu bewirken. Verändern sich Denkmuster hin zu besseren und innovativeren Lösungen, so kann ein Paradigmenwechsel stattfinden.

Mit der vorliegenden Studie soll ein solcher Paradigmenwechsel dargestellt werden. Ziel ist es, eine bessere und innovativere Lösung für die ambulante Versorgung zu bewirken, die für Patienten, Versicherte, Ärzte und Krankenkassen von Vorteil ist.

Einen Paradigmenwechsel kann es in der ambulanten Versorgung nur dann geben, wenn die Elemente Patientenquittung, Einzelleistungsvergütung, Kostenerstattung und Eigenbeteiligung zu einem logischen Gesamtkonzept zusammengefügt und als Versorgungsmodell aufeinander abgestimmt werden. Denn jedes dieser Elemente ist für sich selbst stehend nur schwach geeignet, eine effizientere und nachhaltigere Versorgung zu bewirken; im Zusammenspiel kann hingegen die Versorgung effizienter werden, indem gleichzeitig die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Eigenverantwortung und der Qualitätsverbesserung umgesetzt werden.

Aus Perspektive der **Monopolkommission (2010, S. 47)** stellt sich der Zusammenhang wie folgt dar: „[Es ist] wünschenswert, das Gesundheitssystem um ein Element einer zwingenden Beteiligung von Patienten an den von ihnen verursachten Kosten zu ergänzen. Dies erscheint notwendig, um eine kostenorientierte marktkonforme Entscheidungsfindung bei den Patienten zu ermöglichen. Demgegenüber treffen Patienten heute ihre Entscheidungen über die Inanspruchnah-

me von Behandlungsleistungen weitgehend unabhängig von Kostenerwägungen.“

Ziel dieser Studie ist es, einen Vorschlag zu unterbreiten, mit welchen Inhalten ein neues Versorgungsmodell umgesetzt werden kann, damit im Zuge der demografischen und politischen Veränderungen der nächsten 20 Jahre das Gesundheitssystem nicht zu einem zentral geplanten Regime einer Rationierung „weiterentwickelt“ werden muss.

Inhalt

 1	Einleitung	9
 2	Empfehlungen der Monopolkommission 2010	13
 3	Begriffsabgrenzungen	17
	Anmerkungen	18
1	Anreize	18
2	Eigenbeteiligung	18
3	Einzelleistungsvergütung	19
4	Gesundheitskonto	19
5	Kostenerstattung	20
6	Kostenerstattung in der GKV	21
7	Mehrleistungsbeteiligung	25
8	Patientenquittung	25
9	Sachleistungsprinzip	26
10	Selbstbehalt	27
11	Solidargutschrift	27
12	Wirtschaftlichkeit	28
13	Zuzahlungen	29
 4	Organisation der ambulanten Versorgung in Europa	33
 5	Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)	43
	Anmerkungen	44
1	Einzelleistungsvergütung	45
1	Einleitung	45
2	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	46
3	Gebührenordnung für Ärzte	48
4	Bewertung	49

2	Solidargutschrift: Die solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung der Versicherten	50
1	Anforderungen	50
2	Das Konzept der Solidargutschrift	51
3	Gesundheitskonto	53
1	Einleitung	53
2	Guthabenbildung	54
3	Der Gesundheitsfonds als Financier	61
4	Entsparen	62
5	Auszahlung oder Sparbuch	62
6	Mehrleistungsbeteiligung	63
4	Nutzen für Versicherte und Umsetzung	65
5	Vorschlag für eine Änderung des SGB V	68
1	Einleitung	68
2	Umsetzung der Einzelleistungsvergütung über die Amtliche Gebührenordnung der Ärzte	69
3	Wegfall der Praxisgebühr, Solidargutschrift, Gesundheitskonto und Zahlungsweg	70
4	Neujustierung der Wahltarife	72
5	Modellvorhaben und Strukturverträge	74
6	Transparenz für Versicherte	75
6	Zusammenfassende Bewertung	77
7	Literaturverzeichnis	85
8	Autor	91

Tabellen

Tabelle 1: Umfrage zur Kostenerstattung [2010, in %] . . .	24
Tabelle 2: Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung [2009/2010, Mrd. €]	31
Tabelle 3: Europäischer Vergleich der ambulanten Versorgung	35
Tabelle 4: Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung [2010, erstes Quartal]	57
Tabelle 5: Guthabenbildung Gesundheitskonto [2010] . . .	59
Tabelle 6: Vorschlag für eine Umsetzung der Guthabenbildung im Gesundheitskonto [€]	60

| 1 **Einleitung**

Für gesetzlich Versicherte sind neue Versorgungsmodelle interessant, wenn sich daraus ein Mehrwert ergibt. Dabei spielen nicht nur finanzielle Vorteile, sondern auch Transparenz, Information und Partizipation im Behandlungsprozess eine wichtige Rolle. Mit dieser Studie wird ein neues Versorgungsmodell für die ambulante Versorgung vorgestellt, das das Ziel verfolgt, einen Rahmen für die ambulante Versorgung zu entwickeln, in dem für jeden gesetzlich Versicherten ein nachhaltiger Zugang zur medizinischen Versorgung sichergestellt werden kann.

Ordnungspolitisch zielt das Versorgungsmodell hin zu mehr Wettbewerb, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Mehr Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit werden in diesem Zusammenhang als Werte der Gesellschaft angesehen, die bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus der Perspektive einer effizienten Verwendung der Finanzmittel zu bewerten sind.

In der ambulanten Versorgung gibt es derzeit keine wirksamen Anreize, durch die eine effiziente Verwendung der Finanzmittel sichergestellt werden kann. Anstelle wirksamer Anreize gibt es in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur die Instrumente der Zuzahlungen und der Patientenquittung. Die bekannteste Zuzahlung ist die Praxisgebühr von 10 € im Quartal, die im Sachleistungsprinzip als zusätzliche Zahlung des Patienten umgesetzt wird. Untersuchungen zeigen, dass diese Zuzahlungen aus Effizienzgesichtspunkten nahezu wirkungslos sind.¹

Es sind vor allem die Besonderheiten des deutschen Sachleistungsprinzips, die es nahezu unmöglich machen, echte Anreize in der ambulanten Versorgung umzusetzen. Denn hierzu müsste der Versicherte die Kosten der ambulanten Versorgung kennen, die seine Inanspruchnahme auslösen. Da aber das Sachleistungsprinzip durch die Honorarreformen der letzten Jahre mittlerweile selbst für einen großen Teil der niedergelassenen Ärzte kaum mehr nachvollziehbar ist, kann

1 Eine empirische Studie, die die Wirkungslosigkeit der Praxisgebühr dokumentiert, zeigen Schreyögg/Grabka (2008).

sich daraus auch kaum eine patientenseitige Transparenz über das Abrechnungsgeschehen entwickeln. Selbst wenn alle Versicherten eine Patientenquittung ausgestellt bekämen, könnte damit nur eine Annäherung an die ambulanten Kosten erfolgen, da viele Leistungen über Pauschalen und Behandlungsperioden definiert sind. Deshalb kann das Instrument einer Patientenquittung im Sachleistungsprinzip nur bedingt Transparenz über die entstandenen Kosten generieren.

In letzter Konsequenz bedeutet dies für die ambulante Versorgung, dass Anreize für mehr Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit im bestehenden Honorarsystem nicht wirksam umgesetzt werden können. Dies gelingt nur mit einer Einzelleistungsvergütung, durch die eine patientenbezogene Äquivalenz zwischen in Anspruch genommenen Leistungen und damit verbundenen Kosten hergestellt wird, wonach die Behandlungs- und Therapiekosten für den Versicherten nachvollziehbar werden.

Diese Kostentransparenz wäre dann ein Preissignal, durch das die Patientensouveränität gestärkt werden könnte. Und ein solcher Ansatz wäre auch ein Paradigmenwechsel, durch den das bestehende Zuzahlungssystem, das bestehende Sachleistungsprinzip und das bestehende ambulante Vergütungssystem durch ein neues Versorgungsmodell modifiziert würden.

Ordnungspolitisch ist ein Paradigmenwechsel dann geeignet, wenn in der GKV neue Steuerungsinstrumente umgesetzt werden, die gesundheitspolitisch wünschenswerte Eigenschaften aufweisen. Wünschenswerte Eigenschaften sind bspw. eine hohe Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Steuerungsziels, z. B. mehr Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Patientensouveränität, bei gleichzeitigem Ausschluss unerwünschter sozialer, medizinischer und finanzieller „Nebenwirkungen“.

D. h. gesundheitspolitisch dürfte ein Paradigmenwechsel dann unterstützt werden, wenn finanziell schlechter gestellte Versicherte nicht durch die Steuerungsinstrumente ausgegrenzt werden und es durch die Steuerungsinstrumente nicht zu einer versorgungsimmanenten Rationierung, Selektion und Priorisierung kommt.

Aus Perspektive der Versicherten ist ein Paradigmenwechsel dann geeignet, wenn sie dazu befähigt werden, mit ihrem Verhalten und ihren Entscheidungen eine effizienzorientierte Allokation der Finanzmittel zu bewirken, in deren Folge auch eine kollektive Fehlallokation der Finanzmittel vermieden wird. Letztendlich geht es dabei auch um den übergeordneten gesellschaftlichen Wunsch nach einem für alle dauerhaft gesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung und zur medizinischen Innovation. In einem Gesundheitssystem mit Fehlallokation und verzerrten oder nicht vorhandenen Preissignalen ist das nur dann möglich, wenn immer mehr Finanzmittel bereitgestellt werden. Doch diese Finanzierungsoption ist mittlerweile an ihren Grenzen angekommen.

Die Arbeitshypothese dieser Studie lautet deshalb: „Ausgehend vom Status quo kann eine dauerhaft umfassende, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche ambulante Versorgung nur dadurch realisiert werden, indem innovative und intelligente Freiräume für flexible Leistungs-, Anreiz- und Vergütungsstrukturen regional implementiert werden.“

In ihrem aktuellen Bericht vom 22. Juli 2010 hat die Monopolkommission (2010) Handlungsempfehlungen für ein neues Versorgungs- und Vergütungsmodell für den ambulanten Bereich spezifiziert. Im Folgenden soll ein Auszug aus dem „Konzept der Monopolkommission für eine solidarische Wettbewerbsordnung auf dem Krankenversicherungsmarkt“ im Wortlaut dargestellt werden (S. 406 ff.):

„Die Monopolkommission empfiehlt zudem, die Transparenz im deutschen Gesundheitssystem auch im Bereich der Patienteninformation zu verbessern. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Information des Versicherten über die von ihm in Anspruch genommenen und vom Arzt abgerechneten Leistungen. Mit der Information des Patienten über abgerechnete Leistungen werden verschiedene Ziele verbunden. Die Monopolkommission weist jedoch darauf hin, dass insbesondere der wichtige Kontrolleffekt hinsichtlich der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung von Ärzten und anderen Leistungserbringern bisher kaum untersucht wurde.

Bisher existieren nur optionale Möglichkeiten für den Zugriff des Patienten auf die für ihn abgerechneten Leistungen gemäß § 305 SGB V. Danach hat der Patient Auskunftsrechte über die vom Arzt an ihm erbrachten und abgerechneten Leistungen sowohl gegenüber der Krankenkasse als auch gegenüber dem behandelnden Arzt (Patientenquittung). Die Monopolkommission weist in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass die Ziele der Information des Patienten über abgerechnete Leistungen kostenrelevante Ziele sind und das Interesse an der Patienteninformation somit originär beim Kostenträger und damit bei den Kassen liegt. Die Monopolkommission empfiehlt deshalb, den Kassen im SGB V ausdrücklich das Recht einzuräumen, den Patienten regelmäßig z. B. nach Quartalsende über die abgerechneten Leistungen zu informieren.

Die Monopolkommission geht davon aus, dass die Kassen diese Möglichkeit nutzen werden, da sie insbesondere die Richtigkeit der Abrechnung von Leistungen auf diese Weise verbessern können. Zeigt sich mittelfristig, dass die Konkur-

renzbereitschaft der Krankenkassen noch nicht dazu führt, dass einzelne Kassen mit diesem Recht experimentieren, so empfiehlt die Monopolkommission, eine verpflichtende Patienteninformation durch die Kassen in das SGB V aufzunehmen.

Die Monopolkommission hält es weiterhin für wünschenswert, das Gesundheitssystem um ein Element einer zwingenden Beteiligung von Patienten an den von ihnen verursachten Kosten zu ergänzen. Dies erscheint notwendig, um eine kostenorientierte marktkonforme Entscheidungsfindung bei den Patienten zu ermöglichen.

Demgegenüber treffen Patienten heute ihre Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen weitgehend unabhängig von Kostenerwägungen. Die Wahltarife nach § 53 Absatz 1 und 2 SGB V, die darauf abzielen, durch die Einführung von Eigenbeteiligungen eine Steuerungswirkung im Bezug auf das Nachfrageverhalten der Patienten zu erreichen, sieht die Monopolkommission jedoch kritisch. Eigenbeteiligungen, die ausschließlich im Rahmen von Wahltarifen erhoben werden, haben eine Selbstselektionswirkung zur Folge, da insbesondere solche Patienten in diese Tarife optieren, deren Bedarf oder Neigung, die Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen, ohnehin gering ist. Eigenbeteiligungen, die nicht verpflichtend sind, führen deshalb wesentlich zu einer Differenzierung des Beitragssatzes zwischen Gesunden und Kranken, ohne dass dadurch auch eine wesentliche Steuerungswirkung auf das Nachfrageverhalten erreicht wird. Die Wahltarife gemäß § 53 Absatz 1 und 2 SGB V sind deshalb ungeeignet, sodass die Monopolkommission empfiehlt, diese Normen zu streichen.

Um eine geeignete Steuerungswirkung auf das Nachfrageverhalten der Patienten zu erzielen, könnten jedoch anstelle dieser Wahltarife allgemein verpflichtende Eigenbeteiligungen eingeführt werden. Die Monopolkommission empfiehlt, verpflichtende Eigenbeteiligungen nicht in Form einer Pauschale zu erheben, sondern als relativen Anteil an der Arztrechnung festzusetzen. Für die Rechnungsstellung sollten

die Krankenkassen verantwortlich sein. Dies ließe sich mit der von der Monopolkommission vorgeschlagenen kassenseitigen Information des Patienten über die in Anspruch genommenen Leistungen verbinden.

Die Monopolkommission weist ausdrücklich darauf hin, dass im Falle der Einführung von verpflichtenden Eigenbeteiligungen auch soziale Ausgleichssysteme notwendig werden, die den Anforderungen des Solidarprinzips Rechnung tragen. Deshalb sind die Eigenbeteiligungen im Gesundheitswesen pro Behandlungsfall oder Abrechnungszeitraum auch in ihrer absoluten Höhe zu begrenzen. Zudem ist im Falle solcher Versicherter, die über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügen, festzulegen, dass ein substanzieller Anteil des Eigenbeitrags aus dem Steuer-Transfer-System gedeckt wird. Ein ausreichendes soziales Ausgleichssystem vorausgesetzt, sieht die Monopolkommission in der Einführung verpflichtender Eigenbeteiligungen eine Chance, auch auf Seiten der Leistungsnachfrage der Patienten effiziente und mit dem Solidarprinzip vereinbare Bedingungen im deutschen GKV-System herzustellen.“

3 **Begriffsabgrenzungen**

Anmerkungen

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden für einen Sachverhalt häufig mehrere unterschiedliche Begriffe genutzt. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Begriffe gegeben werden, die in dieser Studie verwendet werden.

3.1 Anreize

Anreize sind Steuerungsinstrumente, mit denen das Verhalten der Zielgruppe (z. B. Patienten, Versicherte und Ärzte) hin zu einer bestimmten Ausprägung beeinflusst wird.² In Bezug auf das Versorgungsmodell zielen die Anreize darauf hin, dass ein bewusster und transparenter Umgang mit ambulanten Gesundheitsleistungen geschaffen wird. Patienten sollen nicht nur die Möglichkeit erhalten, die Kosten der Versorgung zu kennen. Sie sollen über die Anreize „Gesundheitskonto“ und „Solidargutschrift“ ihren Einfluss auf die Ausgabenentwicklung erlernen, auch damit sich die Menge medizinischer Leistungen selbst steuert und nicht durch Budgetierung und zentralstaatliche Vorgaben gesteuert werden muss.

3.2 Eigenbeteiligung

Synonym: Selbstbeteiligung. Eigenbeteiligung bedeutet, dass der Patient bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einen bestimmten Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen hat. Die Eigenbeteiligung kann entweder ein absoluter Euro-Betrag sein, z. B. 5 € je Rechnung. Die Eigenbeteiligung kann aber auch ein prozentualer Anteil sein, z. B. 10 % der Behandlungskosten.

Der in dieser Studie entwickelte Ansatz der Solidargutschrift stellt eine solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung dar. Im Gegensatz dazu ist die Mehrleistungsbeteiligung eine

2 Schmitz (2008) weist darauf hin, dass die mit neuen Anreizen verbundenen Lernprozesse langsam ablaufen können.

„echte“ Eigenbeteiligung, wobei Belastungsregelungen im Sinne des SGB V zur Anwendung kommen.

3.3 Einzeleistungsvergütung

Der Begriff Einzeleistungsvergütung steht als Oberbegriff für eine Honorarsystematik der ambulanten Versorgung, bei der jede einzelne ärztliche Leistung nach einem nach Einzelleistungen aufgeschlüsselten Leistungsverzeichnis mit einem Euro-Betrag bewertet wird. Im Gegensatz zu einem pauschalierten Vergütungssystem bedeutet Einzeleistungsvergütung z. B. für die private Krankenversicherung (PKV), dass ärztliche und zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung der Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ) abgerechnet werden. Wird das Konzept einer Einzeleistungsvergütung perspektivisch auf die GKV übertragen, so bedeutet dies, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gegen die GOÄ ausgetauscht werden müsste oder die Pauschalierungen des EBM nach Einzelleistungen aufgeschlüsselt werden müssten. Denn im EBM werden zeitliche und inhaltliche Pauschalierungen umgesetzt, die eine Abrechnung im Sinne einer Einzeleistungsvergütung nahezu unmöglich machen (z. B. Leistungskomplexe je Quartal).

3.4 Gesundheitskonto

Das Konzept eines Gesundheitskontos (oder Gesundheitssparkontos) – engl. Medical/Health Savings Account/s³ – basiert auf einem Ansatz, bei dem für Versicherte ein individuelles Konto eingerichtet wird, auf dem regelmäßig ein festgelegter Betrag für die medizinische Versorgung eingezahlt wird.⁴ Die Höhe des eingezahlten Betrages richtet sich nach dem Verwendungszweck des Kontos.

3 Einen umfassenden Überblick über „Krankensparverträge“ gibt Klein (2007).

4 Eine analoge Begriffsverwendung findet sich bei Spremann (2004), wobei dort insbesondere auf die Sparfunktion abgestellt wird.

Verwendungszwecke eines Gesundheitskontos können vielgestaltig wie die medizinische Versorgung sein.⁵ Mit dem Gesundheitskonto können einzelne Versorgungsbereiche abgebildet werden, z. B. die ambulante Versorgung. Das Gesundheitskonto könnte aber auch eine sektorübergreifende Vollversorgung für Rentner darstellen. Über das Gesundheitskonto können aber auch bestimmte Formen einer Eigenbeteiligung⁶ wie die Solidargutschrift definiert werden, ein Ansatz, der in dieser Studie detaillierter dargestellt werden soll.

Darüber hinaus kann ein Gesundheitskonto auch Elemente einer Kapitaldeckung umfassen. Das heißt, nicht verausgabte Beträge könnten in zukünftigen Perioden zur Finanzierung der medizinischen Versorgung eingesetzt und somit intertemporal verwendet werden.⁷ Typisch für ein Gesundheitskonto ist, dass die Finanzmittel einen individuellen Bezug zum Versicherten haben. Dies unterscheidet den Ansatz zum Beispiel auch vom System der PKV, wo Finanzmittel bzw. Altersrückstellungen nur einen Bezug zur jeweiligen Geschlechts- und Alterskohorte des Versicherten haben und nicht individuell auflösbar und damit (noch) nicht in andere Krankenversicherungen übertragbar sind.

3.5 Kostenerstattung

Die **explizite Kostenerstattung** ist ein Abrechnungsverfahren für die medizinische Versorgung, bei dem der Patient zunächst die Kosten der Versorgung zwischenfinanziert und sich diese Kosten dann im Ausmaß seines Krankenversicherungsschutzes von seiner Krankenversicherung oder Krankenkasse erstatten lässt. Die Kostenerstattung beläuft sich bei einer umfassenden Vollversicherung auf 100 % der Behandlungskosten. Hat der Versicherte einen nicht umfassenden Versicherungsschutz vertraglich vereinbart, so werden die Kosten anteilig erstattet.

5 Vgl. hierzu bspw. Schreyögg (2003).

6 Vgl. hierzu auch Klein (2004).

7 Vgl. hierzu z. B. Bornemann/Daumann (2006).

Es sind aber auch andere Formen einer Kostenerstattung denkbar, bei der der Patient nicht die Kosten der Versorgung zwischenfinanzieren muss, sondern eine geeignete dritte Stelle (z. B. Kassenärztliche Vereinigung)⁸ die Rolle eines Intermediäres einnimmt und die Kostenerstattung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenkasse organisiert. Dieses Verfahren wird im Folgenden **implizite Kostenerstattung** genannt und ist Teil des vorgeschlagenen Versorgungsmodells VGS.⁹

3.6 Kostenerstattung in der GKV

Der allgemeine rechtliche Rahmen der GKV-Kostenerstattung ist in **§ 13 Abs. 2 SGB V** geregelt. Danach hat jeder gesetzlich Versicherte das Recht, anstelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung zu wählen. Dabei kann der Versicherte die Kostenerstattung auf die Versorgungsbereiche „ärztliche Versorgung“, „zahnärztliche Versorgung“, „stationärer Bereich“ und bzw. oder „veranlasste Leistungen“ einschränken. Der Versicherte ist an seine Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.¹⁰

Erstattet werden nur solche Kosten, die die Krankenkasse auch im Sachleistungsprinzip zu tragen hätte. Im ambulanten Bereich ist eine „I:R-Umrechnung“ der EBM¹¹-Welt in eine GOÄ¹²-Welt nicht ohne Weiteres möglich. Um dieses Problem zu umgehen, erstatten einige Krankenkassen zur

- 8 In diesem Fall hätte die Kassenärztliche Vereinigung die Aufgabe, eine Rechnungsstellung an die Patienten zu implementieren. Das könnte neben der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung auch den Rechnungsversand und die Administration des Gesundheitskontos umfassen. Diese Aufgaben können auch an Dienstleister delegiert werden oder von den Krankenkassen umgesetzt werden.
- 9 In der GKV würde durch eine implizite Kostenerstattung das Sachleistungsprinzip nur noch einen indirekten Charakter haben.
- 10 Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz soll diese Frist auf ein Quartal gesenkt werden.
- 11 EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab, nach dem die vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet werden.
- 12 GOÄ = Amtliche Gebührenordnung der Ärzte, nach der privatärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Vereinfachung den 1,0-fachen GOÄ- bzw. GOZ-Satz. Andere Krankenkassen teilen mit, dass sie eine entsprechende Umrechnungs-Software von EBM bzw. BEMA nach GOÄ bzw. GOZ einsetzen, um so den exakten Anspruch des Versicherten zu ermitteln, damit der Versicherte keine finanzielle Benachteiligung erfährt.¹³

Von dem – wie auch immer – ermittelten Erstattungsbetrag werden weitere Euro-Beträge abgezogen, um so die mit der Kostenerstattung verbundenen zusätzlichen Verwaltungskosten der Krankenkassen und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu kompensieren. Ebenso werden Zuzahlungen vom Erstattungsbetrag abgezogen, z. B. die Praxisgebühr.

Neben dieser allgemeinen rechtlichen Regelung einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V haben gesetzliche Krankenkassen vor allem seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2007 die Möglichkeit, die Kostenerstattung nach **§ 53 Abs. 4 SGB V** in einen **Wahltarif** zu überführen.¹⁴ Im Gegensatz zu § 13 SGB V ist der Versicherte dann nicht mehr ein Jahr, sondern drei Jahre an die Kostenerstattung gebunden.¹⁵ Häufig wird der Wahltarif Kostenerstattung mit anderen Elementen (z. B. Selbstbehalt) erweitert, durch die Versicherte bei Krankheit zusätzliche finanzielle Belastungen tragen müssen.

In den zusätzlichen finanziellen Belastungen ist letztendlich auch der Grund zu sehen, weshalb Wahltarife einer Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht weit verbreitet sind. Nur eine kleine Zahl an Krankenkassen bietet solche Wahltarife an, wobei einige Krankenkassen zusätzlich gesonderte Prämien von den Versicherten einfordern, die bei einigen Krankenkassen zudem noch vom Alter abhängen. Diese Prämien, die vom Versicherten gesondert zu

13 Eine Überprüfung, ob die gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich eine „1:1“-Umrechnung sachgerecht umsetzen, kann an dieser Stelle nicht erfolgen.

14 Umfassende Ausführungen zum Instrumentarium der Wahltarife sind bei Giesen (2010) zu finden.

15 Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz soll diese Frist verändert werden.

zahlen sind, belaufen sich zum Teil bis auf 100 € zusätzlich im Monat. Das heißt, diese zusätzlichen Prämien müssen neben dem normalen Krankenkassen-Beitrag und neben etwaigen Zusatzbeiträgen und Zuzahlungen gezahlt werden.

Da die Wahltarife einer Kostenerstattung für die Versicherten durch die Krankenkassen wenig attraktiv ausgestaltet sind, ist die Nachfrage nach solchen Tarifen gering. Dennoch haben sich 304.077 Versicherte (Stand: Juli 2010) für solche Wahltarife entschieden (BMG 2010a).

Die einzelnen Wahltarife einer Kostenerstattung unterscheiden sich zwischen den Krankenkassen nach verschiedenen Merkmalen: In einigen Wahltarifen werden die GOÄ-Abrechnungen bis zu einem Steigerungsfaktor von maximal 1,0 erstattet, in anderen Wahltarifen bis zum Faktor 3,5. Zusätzlich ist in einigen Wahltarifen eine prozentuale Eigenbeteiligung von zum Beispiel 10 % des Rechnungsbeitrages vorgesehen, bei wiederum einigen Wahltarifen ist ein jährlicher Selbstbehalt von 400 € inkludiert. Einen Überblick über die Ausgestaltungsoptionen der Wahltarife gibt Stiftung Warentest (2010).

Es lässt sich festhalten, dass die Regelungen des SGB V diejenigen Versicherten finanziell benachteiligen, die sich für das Verfahren einer Kostenerstattung entscheiden. Dies geschieht zum Beispiel durch eine begrenzte Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse, die generell nur in Höhe der EBM-Vergütung die Kosten erstattet; der Arzt ist hingegen zur Abrechnung nach GOÄ verpflichtet. Die Differenz muss der Versicherte tragen. Verwaltungskosten der Krankenkassen, Kosten für „fehlende“ Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Praxisgebühr muss der Versicherte zusätzlich bezahlen. Zudem muss sich der Versicherte einen bestimmten Zeitraum an die Kostenerstattung binden (ein Jahr bzw. drei Jahre bei Wahltarifen). Insgesamt ist die Kostenerstattung aufgrund der gesetzlichen Regelungen und aufgrund der Umsetzung durch die Krankenkassen derzeit für Versicherte in der GKV nahezu unattraktiv.

Einige aktuelle Umfragen beschäftigen sich mit dem Thema der Kostenerstattung. Zum Beispiel hat das WIdO eine Umfrage mit 3.012 Teilnehmern durchgeführt (GKV: 2.595, PKV: 412); vgl. WIdO (2010). Unter anderem wurde gefragt: „Patienten sollten die Kosten für Behandlungen und Medikamente – wie bei den privaten Krankenversicherungen – zunächst selbst beim Arzt oder in der Apotheke bezahlen und sich anschließend von ihrer Krankenkasse erstatten lassen.“

Antwort	Summe	GKV	PKV
Finde ich sehr gut	11,8	9,6	26,0
Finde ich gut	12,1	11,3	17,7
Teils, teils	14,6	14,1	17,5
Finde ich schlecht	17,7	17,8	16,7
Finde ich sehr schlecht	43,1	46,5	21,6
Weiß nicht / k.A.	0,7	0,8	0,4

Tabelle 1: Umfrage zur Kostenerstattung [2010, in %]

Quelle: WIdO (2010)

Die Umfrage zeigt, dass 2/3 der privat Versicherten das Prinzip der Kostenerstattung unterstützen. In der GKV sind 1/3 der Versicherten dem Prinzip der Kostenerstattung gegenüber aufgeschlossen, obwohl gesetzlich Versicherte nur Erfahrungen mit dem Sachleistungsprinzip und nahezu keinerlei Erfahrungen mit der Kostenerstattung haben. Rechnet man GKV und PKV zusammen, so „optiert“ fast die Hälfte der Bevölkerung für eine Kostenerstattung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die aktuelle Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; vgl. KBV (2010b). Die Umfrageergebnisse zeigen, dass rund 15 % der gesetzlich Versicherten, die mit den Inhalten einer Kostenerstattung vertraut sind, ernsthaft darüber nachgedacht haben, in einen Wahltarif Kostenerstattung zu wechseln. Dennoch wechseln nur wenige Versicherte in einen solchen Wahltarif,

da die aktuellen Rahmenbedingungen der Kostenerstattung zu unattraktiv sind, da die Versicherten nur einen Bruchteil der Behandlungskosten erstattet bekommen.

3.7 Mehrleistungsbeteiligung

Die Mehrleistungsbeteiligung ist eine „echte“ Eigenbeteiligung und kommt im Versorgungsmodell vGs für den Fall zur Anwendung, bei dem ein Versicherter das Guthaben auf dem Gesundheitskonto aufgebraucht hat und weitere ambulante Leistungen in Anspruch nimmt. Dann wird die Solidargutschrift in eine Mehrleistungsbeteiligung von 10 % auf die ambulanten Kosten umgewandelt. Ähnlich wie im Status quo bei den Belastungsregelungen der Zuzahlungen wird mit dieser Studie vorgeschlagen, die Mehrleistungsbeteiligung über eine soziale Belastungsgrenze auf einen Höchstbetrag von 1 % (bei chronisch Kranken: 0,5 %) des Einkommens zu begrenzen.

3.8 Patientenquittung

Die Patientenquittung ist in § 305 SGB V (Auskünfte an Versicherte) geregelt. Dort heißt es in Absatz 2: „Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren **vorläufige Kosten** (Patientenquittung) zu unterrichten. Satz 1 gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Der Versicherte erstattet für eine quartalsweise schriftliche Unterrichtung nach Satz 1 eine **Aufwandspauschale in Höhe von 1 Euro** zuzüglich Versandkosten. Das Nähere regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Kranken-

hausbehandlung über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte.“

Da das Instrument der Patientenquittung einerseits im Sachleistungsprinzip und andererseits mit negativen finanziellen Anreizen umgesetzt wird,¹⁶ wird das Instrument einer Patientenquittung von den Patienten kaum in Anspruch genommen. Eine Umfrage der KBV (2010b) kommt zu dem Ergebnis, dass sich nur knapp 2 % der Patienten jemals eine Patientenquittung haben ausstellen lassen.

3.9 Sachleistungsprinzip

Das Sachleistungsprinzip der GKV gewährleistet für den einzelnen Patienten, dass er medizinische Dienstleistungen und Güter ohne Preiskenntnis und Mengenbegrenzung in Anspruch nehmen kann.¹⁷ Aus Perspektive der Versicherten wirkt das Sachleistungsprinzip wie ein uneingeschränktes Leistungsversprechen, da die Inanspruchnahme von Leistungen preislos ist und eine Übernutzung auch keine finanziellen Konsequenzen nach sich zieht.

Um die sich aus dem uneingeschränkten Leistungsversprechen ergebende Ausgabendynamik zu regulieren, wird im ambulanten Bereich budgetiert, zentralisiert und vereinheitlicht. **Das heißt, Sachleistungsprinzip, Budgetierung und Zentralisierung stellen eine Einheit dar.** In Deutschland gilt aber mittlerweile für den ambulanten Bereich, dass die über Budgetierung, Zentralisierung und Vereinheitlichung verteilten Finanzmittel eine Diskrepanz zwischen dem betriebswirtschaftlichen Gegenwert und den bereitgestellten Budgets aufzeigen. Dadurch sind die nicht mehr kontrollierbaren Verteilungsprobleme im Wesentlichen auf das Sachleistungsprinzip und die zentrale Planung zurückzuführen.

16 Ein negativer Anreiz ist gesetzt, da Versicherte Gebühren entrichten müssen, um eine Rechnung zu erhalten.

17 Für alle anderen Lebensbereiche gilt dies nicht, da dort die individuelle Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Gütern über das Produkt aus Preis und Menge gesteuert wird.

In Bezug auf diese Studie wird deshalb diskutiert, wie medizinische Dienstleistungen und Güter für den Patienten nicht nur einen Preis bekommen, sondern auch wie das Produkt aus Preis und Menge Eingang in das individuelle Entscheidungskalkül finden kann.

3.10 Selbstbehalt

Synonym: Selbstbeteiligung. Der Selbstbehalt ist ein Instrument der Versicherungswirtschaft; vgl. Pütz (2003). In der Gesundheitswirtschaft ist der Selbstbehalt ein **jährlicher** Euro-Betrag, den der Versicherte in Bezug auf die eigenen Gesundheitskosten selbst zu tragen hat. Zum Beispiel kann der Selbstbehalt 300 € im Jahr sein. Verursacht der Versicherte jährliche Ausgaben in Höhe von 2.000 €, so übernimmt seine Krankenkasse bzw. Krankenversicherung 1.700 €, der Versicherte trägt den Selbstbehalt von 300 €. Wählt ein Versicherter einen Selbstbehalt-Tarif, so reduziert sich dadurch in der Regel seine monatlich zu zahlende Prämie (bzw. Beitrag). Der Selbstbehalt wirkt ähnlich wie die Eigenbeteiligung, ist aber insgesamt intransparenter und weniger anreizstark,¹⁸ da nach Überschreiten der Selbstbehaltsgrenze medizinische Leistungen ohne weitere finanzielle Beteiligungen in Anspruch genommen werden können.¹⁹

3.11 Solidargutschrift

Die Solidargutschrift ist eine solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung. Im Versorgungsmodell vgs wird für einen Patienten bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ein Kostenanteil von 10 % der ambulanten Kosten von seinem Gesundheitskonto abgebucht. Die Bildung von Guthaben auf dem Gesundheitskonto ist per definitionem eine Solidarlastschrift der Solidargemeinschaft. Die Auflösung des Gesundheitskontos ist damit eine Solidargutschrift, da die solidarisch

¹⁸ Vgl. hierzu z. B. Felder/Werblow (2008).

¹⁹ So genannte „Flatrate“-Problematik.

bereitgestellten Mittel für die ambulante Versorgung verwendet werden. Im Versorgungsmodell vgs wird vorgeschlagen, 10 % der ausgelösten ambulanten Kosten als Solidargutschrift vom Gesundheitskonto des Versicherten abzubuchen. Dann hat die Solidargutschrift den Charakter einer prozentualen Eigenbeteiligung von 10 %, wobei die Solidargutschrift im Gegensatz zur Eigenbeteiligung über das solidarisch finanzierte Gesundheitskonto finanziert wird.

3.12 Wirtschaftlichkeit

Das Wirtschaftlichkeitsgebot findet sich in **§ 12 Abs. 1 SGB V**: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Die Definition besagt, dass das Prinzip der Wirtschaftlichkeit ein wesentlicher Maßstab für die Leistungen der GKV ist. Dennoch ist der Begriff nach § 12 Abs. 1 SGB V allgemein definiert: Die Leistungen müssen ausreichend (aktueller Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts), zweckmäßig (Leistung ist für das Behandlungsziel dienlich) und wirtschaftlich sein und das Maß des Notwendigen (Leistung muss objektiv erforderlich sein) nicht überschreiten.

Die Verknüpfung mit der Qualität erfolgt über **§ 70 Abs. 1 SGB V**: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Durch Richtlinien, Beschlüsse und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden in diesem

Zusammenhang zusätzliche Anforderungen spezifiziert.²⁰ Über Wirtschaftlichkeitsprüfungen als gemeinsame Aufgabe von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen wird die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit bei den Vertragsärzten kontrolliert.

An das Wirtschaftlichkeitsgebot sind neben den Vertragsärzten auch die Krankenkassen und die Patienten gebunden. Erbringt z. B. eine Krankenkasse nach § 12 Abs. 3 SGB V Leistungen ohne Rechtsgrundlage, so kann der Vorstand der Krankenkasse auf Ersatz des entstandenen Schadens in Anspruch genommen werden. Verstößt ein Patient gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, so gibt es keine Sanktionsmöglichkeiten, außer der Leistungserbringer verweigert die Leistung.

Der in dieser Studie dargestellte Ansatz des Versorgungsmodells vGs verfolgt das Ziel der Wirtschaftlichkeit, indem neue Anreize für Versicherte, Krankenkassen und Ärzte spezifiziert werden. Wirtschaftlichkeit bedeutet in diesem Zusammenhang Ausgabenneutralität: Versicherten wird der GKV-Leistungskatalog in der fachlich gebotenen Qualität zur Verfügung gestellt, ohne dass ihnen oder ihrer Krankenkasse insgesamt Mehrkosten entstehen.

3.13 Zuzahlungen

Zuzahlungen sind ein Instrument des Sachleistungsprinzips. Zuzahlungen wurden insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz zum Januar 2004 für die Patienten

²⁰ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen ist vom Charakter her ein zentralstaatliches Instrument der Gesundheitspolitik. Über Richtlinien definiert er den Leistungskatalog der GKV. Die beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend. Bei seinen Entscheidungen ist es Aufgabe des G-BA, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung zu berücksichtigen. Weitere Aufgaben beziehen sich auf das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

implementiert. Zuzahlungen sind in der Regel zusätzliche Zahlungen des Patienten (und keine Eigenbeteiligung) und werden als Aufschlag auf die Behandlungskosten gezahlt.

Die jeweiligen Regelungen für Praxisgebühr (10 € je Quartal), Arzneimittel,²¹ Krankenhausbehandlung (10 € je Kalendertag, maximal 28 Tage), Hilfsmittel²² und andere sind zu finden in den Paragraphen 13, 23, 24, 28, 31–33, 37, 37a, 38–41, 60–62 und 65a SGB V. Eine Beschreibung der Zuzahlungen ist im Einzelnen zu finden in BMG (2010c).

Charakteristisch für Zuzahlungen ist, dass die Höhe der Zuzahlung häufig in keinem Verhältnis zu den Kosten der Versorgung steht und damit auch kein Preissignal für den Patienten darstellt. So kann bspw. die Praxisgebühr von 10 € vom Patienten als Eintrittsgebühr oder „Flatrate“ für ein unbegrenzte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen missverstanden werden. Auch steht eine „Liegegebühr“ von 10 € im stationären Bereich in keinem Zusammenhang zur stationären Versorgung.

Zuzahlungen sind damit kaum als Anreizinstrument geeignet. Vielmehr sind sie neben Beiträgen, Zusatzbeiträgen und Steuersubventionen eine gesonderte Finanzierungsquelle für die GKV.²³ Einen Überblick über das Volumen der Zuzahlungen gibt **Tabelle 2**.

21 10 % des Apothekenabgabepreises, mindestens 5 €, maximal 10 € und jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

22 10 % der Kosten des Hilfsmittels, mindestens 5 €, maximal 10 €.

23 Dennoch können Zuzahlungen das Verhalten von Versicherten beeinflussen; vgl. z. B. Winkelmann (2004).

Beschreibung	2009 [Mrd. €]	1. Halbjahr 2010 [Mrd. €]
Ärztliche Behandlung	1,502	0,750
Zahnärztliche Behandlung	0,375	0,198
Arzneimittel u. a. Apotheke	1,650	0,858
Heil- und Hilfsmittel	0,544	0,273
Krankenhaus	0,596	0,364
Andere Bereiche ^a	0,179	0,081
Summe	4,846	2,524

Tabelle 2: Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung [2009/2010, Mrd. €]

Anmerkungen: a) Z. B. Fahrkosten, Vorsorge, Sterilisation, ergänzende Reha, häusliche Krankenpflege.

Quelle: Eigene Darstellung. BMG (2010d, 2010e)

Begriffsabgrenzungen

Organisation der ambulanten Versorgung in Europa

Die Organisation der ambulanten Versorgung liegt in der Verantwortung der nationalen Gesundheitspolitik. Dadurch haben sich in den jeweiligen europäischen Nationalstaaten unterschiedliche Lösungen für die ambulante Versorgung entwickelt. Im Folgenden soll ein kurzer, rein tabellarischer Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsmodelle der ambulanten Versorgung gegeben werden. Detailliertere Ausführungen sind zu finden in: Europäische Kommission (2010a, 2010b), OECD (2009) und in weiteren Veröffentlichungen, die bei OECD und WHO gelistet sind.

Die nationalen Versorgungsmodelle der ambulanten Versorgung sind in **Tabelle 3** dargestellt. Der europäische Vergleich der ambulanten Versorgung erfolgt nach fünf Kriterien:

- ▶ freie Arztwahl in der ambulanten Versorgung
- ▶ allgemeines Abrechnungsprinzip in der ambulanten Versorgung
- ▶ Kostenbeteiligung der Patienten: Zuzahlungen, Selbstbehalt und Eigenbeteiligung
- ▶ Begrenzung der Kostenbeteiligung
- ▶ allgemeines Vergütungsprinzip für ambulant tätige Ärzte

In Tabelle 3 werden die nationalen ambulanten Versorgungsmodelle knapp und in Stichpunkten zusammengefasst dargestellt. Eine detaillierte Diskussion der Vor- und Nachteile einzelner Versorgungsmodelle soll an dieser Stelle nicht erfolgen. Zudem ist zu beachten, dass in der Tabelle nur diejenigen Regelungen dargestellt sind, die für den Großteil der jeweiligen nationalen Bevölkerung gelten. Nicht näher wird auf die privatwirtschaftlich organisierten und/oder privat finanzierten ambulanten Versorgungsmärkte eingegangen, die in den europäischen Ländern neben den staatlich geregelten Versorgungsmärkten zu finden sind.

Land	Freie Arztwahl	Allgemeines Abrechnungs- prinzip	Kostenbeteiligung des Versicherten	Begrenzung der Kostenbeteiligung	Vergütungsprinzip Ärzte
Belgien	Ja	Kosten- erstattung	Höchstens 25 %	Nach Einkommensklas- sen des Haushalts gestaf- felt; Begrenzung der Kos- tenbeteiligung auf 450 bis 1.800 €; weitere soziale Befreiungsregelungen	Staatliche Gebührenord- nung zzgl. Selektivverträge
Bulgarien	Nein	Sachleis- tungs- prinzip	1,23 € je Arzt/Patienten- Kontakt	Soziale Befreiungsrege- lungen für ausgewählte Personengruppen	Kombination von Pati- entenpauschale und Ein- zelleistungsvergütung; Facharzt: Einzelleistungs- vergütung
Dänemark	Ja	Sachleis- tungs- prinzip	Keine	Keine	Kombination von Pauscha- le je eingeschriebener Pati- ent und Einzelleistungsver- gütung; Fachärzte erhalten einen Pauschalbetrag für jeden ärztlichen Eingriff

Land	Freie Arztwahl	Allgemeines Abrechnungsprinzip	Kostenbeteiligung des Versicherten	Begrenzung der Kostenbeteiligung	Vergütungsprinzip Ärzte
Deutschland	Ja	Sachleistungsprinzip	Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr 10 €)	Keine Zuzahlungen für Kinder; Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V (Belastungsgrenze von 2 % bzw. 1 %)	Vergütung über KV und KZV auf Grundlage staatlicher Gebührenordnungen; partiell auch über Selektivverträge (z. B. HzV); Vergütung wird generell als Gesamtvergütung von der Krankenkasse an die Kassen (zahn)ärztliche Vereinigungen gezahlt; im privatärztlichen Bereich Abrechnung über Einzel Leistungsvergütung (GOÄ)
Estland	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine generellen Regelungen	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen bei fachärztlicher Versorgung	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Finnland	Ja	Sachleistungsprinzip	Bis zu 13,70 € für die ersten drei Arzt/Patientenkontakte, höchstens 27,40 € im Jahr	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung

Frankreich	Ja	Kosten- erstattung	30 % bei ambulanter Behandlung durch Allgemeinärzte, Fachärzte, Krankenhäuser; zzgl. 1 € je Arzt/Patienten-Kontakt (Selbstbehalt 50 € je Person und Jahr); 18 € je ausge- wählte aufwändige Leis- tung (Selbstbehalt 91 €)	Soziale Befreiungsregelun- gen für ausgewählte Perso- nengruppen	Verraglich vereinbarte Ein- zeleLeistungsvergütung
Griechen- land	Einge- schränkt	Gemischt: Sachleis- tungsprin- zip und Kostener- stattung	Keine	Keine	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versor- gung
Irland	Nein	Sachleis- tungs- prinzip	Keine	Keine	Kombination von Pauscha- le je eingeschriebener Pati- ent und Zulagen für ausge- wählte Leistungen
Island	Ja	Sachleis- tungs- prinzip	2,80 bis 15 € je Arzt/Patienten- Kontakt; Facharzt: 21 € + 40 % des Restbetrags bis maximal 151 € je Facharzt/ Patienten-Kontakt	Begrenzungen der Zuzah- lungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versor- gung

Land	Freie Arztwahl	Allgemeines Abrechnungsprinzip	Kostenbeteiligung des Versicherten	Begrenzung der Kostenbeteiligung	Vergütungsprinzip Ärzte
Italien	Ja	Sachleistungsprinzip	Bis zu 36 € für ausgewählte Inanspruchnahmen	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell Pauschale je eingeschriebener Patient; Fachärzte: Zulagen für ausgewählte Leistungen
Lettland	Ja	Sachleistungsprinzip	Arzt/Patienten-Kontakt: Allgemeinarzt 1,41 €, Facharzt 4,23 €; jährliche Zahlungsbegrenzung über alle Versorgungsbereiche 564 €	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Kombination von Pauschale je eingeschriebener Patient und Zulagen für ausgewählte Leistungen
Liechtenstein	Ja	Sachleistungsprinzip	Franchise 134 € jährlich; maximaler Selbstbehalt 403 € jährlich	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Einzel Leistungsvergütung
Litauen	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Luxemburg	Ja	Kostenerstattung	20 % für den ersten Arzt/Patienten-Kontakt, 10 % für weitere Kontakte innerhalb eines Monats (dann max. 5 €)	Begrenzt auf 2,5 % des beitragspflichtigen Jahreseinkommens	Einzel Leistungsvergütung

Malta	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Niederlande	Ja	Sachleistungsprinzip	Zuzahlungen für ausgewählte Leistungen + Selbstbehalt	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Fallpauschalen-Vergütung
Norwegen	Eingeschränkt	Sachleistungsprinzip	16 € (36 €) je (Fach) Arzt/Patienten-Kontakt bis 224 € jährlich; zzgl. 311 € Selbstbehalt für weitere Leistungen (z. B. Physiotherapie, Zahnmedizin, Reha)	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Österreich	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Kombination von Pauschale je eingeschriebener Patient und Zulagen für ausgewählte Leistungen
Polen	Eingeschränkt	Sachleistungsprinzip	Keine	Kein	Pauschale je Patient
Portugal	Ja	Sachleistungsprinzip	Zuzahlungen für ausgewählte Leistungen	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Kombination von Gehalt und EinzeleLeistungsvergütung

Land	Freie Arztwahl	Allgemeines Abrechnungsprinzip	Kostenbeteiligung des Versicherten	Begrenzung der Kostenbeteiligung	Vergütungsprinzip Ärzte
Rumänien	Eingeschränkt	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Allgemeinärzte: Kombination Pauschale je Patient und Einzelleistungsvergütung. Fachärzte: Einzelleistungsvergütung
Schweden	Ja	Sachleistungsprinzip	9,81 bis 20 € je Arztbesuch; 20 bis 29 € je Facharztkontakt; Notfälle: 9,81 bis 29 €	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Schweiz	Ja	Kostenerstattung	Selbstbehalt (Franchise) von 202 € jährlich; zusätzlich 10 % der Kosten, die die Franchise übersteigen (maximal 471 € im Jahr)	Kinder zahlen keine Franchise; Höchstbetrag Selbstbehalt Kinder 235 €; alle Kinder zusammen höchstens 672 €; Befreiungen für ausgewählte Leistungen	Einzelleistungsvergütung (TARMED); Punktwerte werden in jedem Kanton ausgehandelt
Slowenien	Ja	Sachleistungsprinzip	5 % bis 75 % Zuzahlung	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung
Slowakei	Eingeschränkt	Sachleistungsprinzip	Z. B. 1,99 € je Besuch beim Notdienst	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Kombination von Pauschale je eingeschriebener Patient und Zulagen für ausgewählte Leistungen

Spanien	Ja	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Generell Pauschale je eingeschriebener Patient
Tschech. Rep.	Eingeschränkt	Sachleistungsprinzip	1,14 € je Arzt/Patienten-Kontakt	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Kombination von Patientenpauschale und Einzelleistungsvergütung; Facharzt: Einzelleistungsvergütung
UK	Nein	Sachleistungsprinzip	Keine	Keine	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung; Sonderregelungen für Vergütungszulagen
Ungarn	Ja	Sachleistungsprinzip	Zuzahlungen für ausgewählte Leistungen	Keine	Kombination von Pauschale je eingeschriebener Patient und Zulagen für ausgewählte Leistungen
Zypern	Ja	Sachleistungsprinzip	Bis zu 8,50 je Arzt/Patienten-Kontakt + 50 % der Kosten für ausgewählte Leistungen	Soziale Befreiungsregelungen für ausgewählte Personengruppen	Generell angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung

Tabelle 3: Europäischer Vergleich der ambulanten Versorgung
Quelle: Eigene Darstellung. Europäische Kommission (2010b)

Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)

Anmerkungen

Das Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (vGs) verfolgt das Ziel, einen nachhaltigen ordnungspolitischen Rahmen für die ambulante Versorgung zu entwickeln. In diesem Rahmen soll für jeden Versicherten dauerhaft ein unrationierter Zugang zur medizinischen Versorgung bereitgestellt werden. Gleichzeitig soll das Versorgungsmodell zu mehr Wettbewerb, zu mehr Qualität und zu mehr Wirtschaftlichkeit beitragen, damit es für Versicherte so attraktiv ist, dass sie freiwillig an diesem Versorgungsmodell teilnehmen.

Ziel des vGs ist es unter anderem, ein innovatives Konzept einer **Solidargutschrift** umzusetzen, die sich zum Vorteil des Versicherten auswirkt. Mit dem vGs wird das Rollenverständnis des Versicherten als Akteur in der GKV neu definiert: Versicherte sollen Souverän im Prozess der medizinischen Versorgung werden, auch wenn es Personen und Personengruppen mit Assistenzbedarf gibt, denen es schwer fällt, selbstverantwortlich zu agieren und sich zu informieren.²⁴

Ökonomisch geht es darum, ein Versorgungs-, Vergütungs- und solidarisch finanziertes Eigenbeteiligungssystem zu finden, das weitestgehend dem Prinzip der Patientensouveränität entspricht, gleichzeitig aber auch durch eine entsprechende Ausgestaltung Versicherte vor einer finanziellen und materiellen Übervorteilung schützt. Versorgungsseitig geht es auch um die Frage, wie mit dem vGs die Menge der ambulant nachgefragten und erbrachten medizinischen Leistungen indirekt beeinflusst werden kann.

Das vGs ist so konzipiert, dass es aus einer gesellschaftlichen und ordnungspolitischen Perspektive nicht zu Mehrkosten für Krankenkassen und deren Versicherte kommt. Damit soll auf der Ausgabenseite der GKV die Effizienz gesteigert werden, wobei Effizienz das Maß für die Wirtschaftlichkeit in

²⁴ Diese Gruppen sollen allerdings nicht ausgeschlossen werden, sondern über eine Stärkung ihrer Identität zu einer autonomen Teilnahme befähigt werden.

Bezug auf den rationalen Umgang mit knappen Ressourcen ist.

Mit dem vGs wird langfristig „gedacht“, d. h. das Modell hat eine klare Nachhaltigkeitsperspektive, mit der die sich abzeichnende Rationierung medizinischer Leistungen vermieden werden soll. Mit dem vGs werden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten deutlich verbessert. Zusätzlich werden die Krankenkassen dazu animiert, sich mehr in Richtung Transparenz und Regionalisierung zu engagieren, indem neue Angebote für die eigenen Versicherten geschaffen werden.

Zu den Stärken des vGs zählt nicht nur, dass das Leistungs- und Kostengeschehen für die Versicherten transparent wird. Vielmehr werden auch neue Anreize gesetzt, um die Patientenströme hin zu notwendigen Behandlungen zu lenken, damit dem Arzt mehr Zeit für den einzelnen Patienten bereitsteht. D. h. mit dem vGs wird eine transparente und zukunfts feste Abrechnungs- und Vergütungssystematik umgesetzt, die mit neuen Anreizen eines Gesundheitskontos und einer neuen Solidargutschrift (= solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung) erweitert ist.

Konzeptionell geht das Versorgungsmodell vGs weit über die „normale“ und mit Mythen durchsetzte Diskussion bezüglich Patientenquittung, Kostenerstattung und „Vorkasse“ hinaus.²⁵ Im Folgenden werden die Elemente beschrieben, die integraler Bestandteil des vGs sind.

5.1 Einzelleistungsvergütung

5.1.1 Einleitung

Grundlage des Versorgungsmodells vGs ist eine Einzelleistungsvergütung.²⁶ Ausgehend vom Status quo ist abzuschätzen, mit welchem Vergütungssystem eine Einzelleistungsver-

25 Der in der politischen Diskussion genutzte Begriff „Vorkasse“ ist insgesamt sachlich falsch, da Vorkasse bedeuten würde, dass der Patient die Leistungen zuerst bezahlen muss, bevor der Arzt die Leistungen veranlasst.

26 Zur Einzelleistungsvergütung vgl. auch KV RLP (2010).

gütung bestmöglich abgebildet werden kann. Dabei bieten sich zwei Vergütungssysteme für die nähere Prüfung an: Die GOÄ (Amtliche Gebührenordnung für Ärzte für privatärztliche Leistungen) und der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen). Für das Versorgungsmodell sollte dasjenige Vergütungssystem ausgewählt werden, mit dem – in Kombination mit dem Gesundheitskonto – am besten die folgenden drei Kriterien umgesetzt werden können:

- ▶ Qualität
- ▶ Wirtschaftlichkeit
- ▶ Transparenz

5.1.2 Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Abrechnungsgrundlage von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, deren Basis die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen sowie die zugeordneten Punkte sind. Die Grundkonzeption und die Festlegung der EBM-Punkte ist auf eine Steuerung der Leistungsmenge durch Pauschalierungen konzentriert, indem die Leistungen über Punkte zueinander in eine Bewertungsrelation gesetzt werden. Dies unterscheidet den EBM von der GOÄ.²⁷

Die Vergütungshöhe ergibt sich in einem zweiten Schritt, in dem die Punkte einer Leistung mit dem Punktwert (Orientierungswert) multipliziert werden. Bis Ende 2008 sanken die Punktwerte bei steigender Leistungsmenge systemimmanent, so dass die Ärzte das Morbiditätsrisiko trugen. Zum 1. Januar 2009 ist der EBM auf eine neue Abrechnungssystematik umgestellt worden („Euro-EBM“ oder „Euro-Gebührenordnung“), auch um das Morbiditätsrisiko – im Bundesdurchschnitt – auf die Krankenkassen zu übertragen.

In der Euro-Gebührenordnung sind überwiegend Pauschalvergütungen sowie Einzelvergütungen für besonders förde-

²⁷ Inwiefern es in der GOÄ-Novelle 2011 zu einer stärkeren Pauschalierung kommen wird, kann an dieser Stelle noch nicht abgeschätzt werden.

rungswürdige Leistungen zu finden. Dabei werden Haus- und Fachärzte nach unterschiedlichen Kriterien vergütet, um die Unterschiede beider Versorgungsbereiche abzubilden. Eine Kosten- und Mengensteuerung wird über die sogenannten Regelleistungsvolumina (RLV), seit Juli 2010 auch über die Mengensteuerung der „freien Leistungen“ als qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) sowie über Mengen- und Preisabstaffelungen umgesetzt. Im Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist für 2010 einen Orientierungswert von 0,035048 € je EBM-Punkt festgelegt worden. Für 2011 und 2012 soll der Orientierungswert nicht angepasst werden.

Über den EBM und das Leistungsversprechen im SGB V kommt es ordnungspolitisch zu einem kontinuierlichen Widerstreit zwischen dem ökonomischen Prinzip der Kostenminimierung und dem ökonomischen Prinzip der Nutzenmaximierung. Die beiden Prinzipien, über die ein größtmögliches Maß an Effizienz in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden soll, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- ▶ Prinzip der Kostenminimierung: Festgelegte medizinische Qualität zu geringstmöglichen Kosten (= ökonomisches Minimalprinzip)
- ▶ Prinzip der Nutzenmaximierung: Höchstmögliche medizinische Qualität zu festgelegten Kosten (= ökonomisches Maximalprinzip)

Der Widerstreit zeigt sich dadurch, dass der Gesetzgeber versucht, beide Prinzipien gleichzeitig zu lösen: „Höchstmögliche medizinische Qualität zu geringstmöglichen Kosten“. Ökonomisch ist dies kein zulässiger Optimierungsansatz, da gleichzeitig die Kosten minimiert und die Qualität der Leistungen maximiert werden müssten.

Die praktische Umsetzung des EBM läuft deshalb tendenziell über das Prinzip der Kostenminimierung. Dabei wird die Qualität der medizinischen Versorgung festgelegt,²⁸ auf

²⁸ Z. B. § 2 Abs. 1 SGB V: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

deren Grundlage dann die Kosten minimiert werden. Die Kostenminimierung erfolgt in diesem Zusammenhang über die Budgetierung vertragsärztlicher Leistungen: Vom Gesetzgeber bzw. im (Erweiterten) Bewertungsausschuss wird das Ausgabenniveau für die vertragsärztliche Versorgung fixiert. Die geringstmöglichen Kosten resultieren dann direkt aus den Fallwerten in Kopplung mit den Fallzahlen.²⁹

5.1.3 Gebührenordnung für Ärzte

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung. Mit der GOÄ wird ein einzelleistungsorientiertes Gebührenverzeichnis für die privatärztliche Vergütung im ambulanten sowie im wahlärztlichen stationären Bereich umgesetzt. Die Leistungen der GOÄ sind in die Kapitel A „Gebühren in besonderen Fällen“ bis Kapitel P „Sektionsleistungen“ eingeteilt. Die GOÄ kommt generell für PKV-Versicherte (Vollversicherte, Beamte/Beihilfeberechtigte) zur Anwendung, aber auch im Selbstzahlermarkt.

Für GKV-Versicherte kommt die GOÄ bei Leistungen zur Anwendung, die aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen sind sowie für GKV-Versicherte, die bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse Kostenerstattung gewählt haben.

Die GOÄ definiert Gebühren, Entschädigungen und den Ersatz von Auslagen, indem für einzelne medizinische Leistungen Punkte zugeordnet werden. Diese Punkte werden mit einem Punktwert von 0,0582873 € multipliziert und mit einem Steigerungsfaktor gesteigert.

Der Steigerungsfaktor schwankt bei der ärztlichen Abrechnung innerhalb des Wertebereiches von 1,00 bis zu den jeweiligen Regelhöchstsätzen (Labor: 1,15; medizinisch-technische Leistungen: 1,80; persönliche ärztliche Leistungen: 2,30). Höchstsätze können bei überdurchschnittlichem medizinischen Aufwand, der gesondert zu begründen ist, abgerechnet werden (1,30; 2,50; 3,50).

Zum 1. April 2010 ist für PKV-Versicherte, die im Basistarif versichert sind, eine Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher

²⁹ Zur Arithmetik des EBM vgl. Drabinski (2009a).

Bundesvereinigung und PKV-Verband³⁰ mit den folgenden Inhalten in Kraft getreten: Laborleistungen können mit einem Regelhöchstsatz vom 0,90, Leistungen der Abschnitte A, E und O mit einem Regelhöchstsatz von 1,00 und alle übrigen Leistungen mit einem Regelhöchstsatz von 1,20 abgerechnet werden; vgl. KBV (2010). Steigerungsfaktoren von 1,0 bis 1,8 sind hingegen in der Vereinbarung zwischen KBV und BKK-Landesverband Nord zu finden; vgl. KBV (2009).

Insgesamt folgt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Wesentlichen dem Prinzip der Nutzenmaximierung: Höchstmögliche medizinische Qualität zu festgelegten Kosten (= ökonomisches Maximalprinzip). Grundlegendes ordnungspolitisches Prinzip der GOÄ ist, dass es keine Budgetierung der medizinisch erbrachten Leistungen gibt.

5.1.4 Bewertung

Für das Versorgungsmodell vGs bieten sich als Vergütungssysteme die GOÄ und der EBM an. Beide Vergütungssysteme unterscheiden sich in ihrer Struktur zum Teil deutlich, was einen Vergleich im Detail erschwert und in Gänze auch unmöglich macht. Der EBM folgt dem „ökonomischen Minimalprinzip“ (Prinzip der Kostenminimierung), durch das eine festgelegte medizinische Qualität für Versicherte und Patienten zu geringstmöglichen Kosten realisiert werden soll. Dies gelingt nur durch Budgetierung, die zentralstaatlich geplant und in den KV-Regionen umgesetzt werden muss.

Orientiert man sich am „ökonomischen Maximalprinzip“ (Prinzip der Nutzenmaximierung), so scheint in Abstimmung mit den übergeordneten ordnungspolitischen Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Patientensouveränität und der Transparenz die GOÄ besser für das Versorgungsmodell vGs geeignet zu sein, da sie in Bezug auf die höchstmögliche medizinische Qualität bei festgelegten Kosten den individuellen Präferenzen der Versicherten nach Kostentransparenz besser entspricht. Insgesamt scheint die GOÄ auch unter den Ärzten die akzeptiertere Honorarsystematik zu sein, da die Vergütung nach

³⁰ Im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern.

erbrachten Leistungen erfolgt und damit eine transparente Abrechnung gewährleistet.

Wird die GOÄ als Einzelleistungsvergütung umgesetzt, so wird empfohlen, die Steigerungsfaktoren festzulegen, um das Prinzip der Wirtschaftlichkeit zu unterstützen. Über die Höhe der Steigerungsfaktoren könnten beispielsweise BMG, KBV, BÄK und GKV-Spitzenverband verhandeln. Auf Landesebene bieten sich Verhandlungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Sozialministerien an.

5.2 Solidargutschrift: Die solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung der Versicherten

5.2.1 Anforderungen

Integraler Bestandteil des Versorgungsmodells vgs ist die Solidargutschrift, die konzeptionell eine solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung der Versicherten ist. Eine Solidargutschrift ist umso besser umsetzbar, wenn die folgenden vier Anforderungen erfüllt werden:

- ▶ Wirtschaftlichkeit
- ▶ Mehrwert für Versicherte
- ▶ Anreizkompatibilität
- ▶ Freiwilligkeit

Wirtschaftlichkeit

Die Solidargutschrift ist wirtschaftlich, wenn in der Summe alle Effekte ausgabenneutral wirken. Dies ist insbesondere der Fall, wenn es, wie im Versorgungsmodell vgs unterstellt, zu einer effizienteren Nutzung der ambulanten Einrichtungen über neue Anreize kommt.³¹

³¹ Zur Problematik einer Einzelleistungsvergütung ohne ein effizientes Eigenbeteiligungssystem siehe Thiemeyer (1971).

Mehrwert für Versicherte

Ein Mehrwert zeigt sich für Versicherte, wenn die Krankenkasse das Versorgungsmodell an Versicherte „absetzen“ kann. Zu den Argumenten gehören unter anderem: Wegfall der Praxisgebühr, Versorgung wie ein Privatpatient, Einführung eines Gesundheitskontos mit „Cash-back“-Option und Umsetzung eines transparenten Instruments der Solidargutschrift.

Anreizkompatibilität

Das Versorgungsmodell ist anreizkompatibel, wenn durch die Struktur des Modells Versicherte dazu veranlasst werden, ihre wahren Präferenzen zu offenbaren bzw. sich gemäß ihren wahren Präferenzen zu verhalten. Die wahren Präferenzen werden dann offenbart, wenn die Solidargutschrift derart wirkt, dass ein Patient einen Arzt beim Vorliegen einer Krankheit aufsucht, unnötige Arzt-Patienten-Kontakte aber vermieden werden. Dies gilt auch für die Mehrleistungsbeteiligung.³²

Freiwilligkeit

Da sich die Versicherten freiwillig in das Versorgungsmodell vGS einschreiben sollen, ist die Anforderung der Freiwilligkeit automatisch erfüllt.

5.2.2 Das Konzept der Solidargutschrift

Solidargutschrift (= solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung) bedeutet definitionsgemäß, dass es über das Gesundheitskonto indirekt zu einer anteiligen finanziellen Beteiligung des Versicherten an den Kosten der ambulanten Versorgung kommt. Eine Solidargutschrift des Versicherten an den ambulanten Kosten SG_i^{amb} ist damit ein Euro-Betrag, der bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen anfällt. Der Euro-Betrag kann dabei unmittelbar an die ambulanten

32 Zur Problematik der „Achtzehn Arztkontakte im Jahr“ vgl. von Maydell et al. (2010).

Behandlungskosten BK_i^{amb} gekoppelt sein, z. B. als Prozentsatz ζ :³³

$$SG_i^{amb} = \zeta \cdot BK_i^{amb} \quad (1)$$

Für das Versorgungsmodell VGS wird eine prozentuale Solidargutschrift von 10 % ($\zeta = 0,1$) auf die Behandlungskosten vorgeschlagen, da eine solche Konfiguration die höchste Steuerungswirkung verspricht; vgl. Knappe (2003).

Beispiel: Sind die Behandlungskosten $BK_1^{amb} = 50$ € und ist der Satz der Solidargutschrift $\zeta = 0,1$ (10 %), so beläuft sich die Solidargutschrift auf: $SG_1^{amb} = 0,1 \cdot 50$ € = 5 €. Dem Ansatz des Versorgungsmodells VGS folgend werden demnach 5 € vom Gesundheitskonto des Versicherten abgebucht; die Krankenkasse übernimmt Kosten ($KE_{k,1}^{amb}$) in Höhe von:

$$KE_{k,1}^{amb} = BK_1^{amb} - SG_1^{amb} = 50 - 5 = 45 \text{ €}.$$

Hinweis: Der Euro-Betrag einer Eigenbeteiligung kann auch unabhängig von den Behandlungs- und Therapiekosten erhoben werden, z. B. als Arzt-Patienten-Kontaktgebühr KG_1^{amb} . Beträgt die Kontaktgebühr je Arzt-Patienten-Kontakt beispielsweise $KG_1^{amb} = 5$ €, so ergeben sich bei Behandlungskosten von $BK_1^{amb} = 50$ € für die Krankenkassen ebenfalls Kosten in Höhe von $KE_{k,1}^{amb} = BK_1^{amb} - SG_1^{amb} = 45$ €.

Der Unterschied zur Solidargutschrift besteht allerdings darin, dass der Patient immer eine Arzt-Patienten-Kontaktgebühr in Höhe von 5 € bezahlt, unabhängig von der Höhe der Behandlungskosten. Liegen die Behandlungskosten z. B. bei $BK_1^{amb} = 100$ €, so muss die Krankenkasse $KE_{k,1}^{amb} = 100 - 5 = 95$ € bezahlen. Hingegen muss die Krankenkasse beim Konzept der Solidargutschrift von 10 % ($\zeta = 0,1$) nur $KE_{k,1}^{amb} = 100 - \zeta \cdot 100 = 100 - 10 = 90$ € zahlen; der Patient wird über sein Gesundheitskonto mit 10 € beteiligt.

33 Ein interessantes Konzept für nach Behandlungs- und Therapiekosten gestaffelte Prozentsätze findet sich in Hartmannbund (2010).

5.3.1 Einleitung

Das Versorgungsmodell vgs arbeitet mit den Elementen Solidargutschrift und Gesundheitskonto. Um das neue System der Solidargutschrift umsetzen zu können, ist zunächst für jeden freiwillig eingeschriebenen Versicherten ein **individuelles Gesundheitskonto** einzurichten. Auf dem Gesundheitskonto wird ein Guthaben GK_i^{amb} gutgeschrieben. Das Guthaben GK_i^{amb} entspricht im Durchschnitt der zu erwartenden jährlichen individuellen Solidargutschrift (SG_i^{amb}). Für ein Abrechnungsjahr gilt dann der folgende Zusammenhang:

$$GK_i^{amb} \equiv SG_i^{amb} \quad (2)$$

Das heißt, das Gesundheitskonto wird vom Guthaben her so ausgestattet, dass der Versicherte mit dem Guthaben seine durchschnittliche jährliche Solidargutschrift von z. B. $\zeta = 0,1$ (10 %) in Bezug auf seine zu erwartenden ambulanten Behandlungskosten BK_i^{amb} bestreiten kann. Analog zur Beitragszahlung kann das Gesundheitskonto in monatlichen Schritten aufgefüllt werden. Es wird aber eine jährliche Guthabenbildung empfohlen, die mit Rechnungsstellung aufgelöst wird.

In diesem Zusammenhang stellen sich vier Fragen:

- ▶ Wie wird individuelles Guthaben auf dem Gesundheitskonto gebildet?
- ▶ Über welche Finanzmittel wird das Gesundheitskonto gefüllt?
- ▶ Was passiert, wenn das Guthaben auf dem Gesundheitskonto innerhalb eines Abrechnungsjahres nicht verbraucht wird?
- ▶ Was passiert, wenn das Guthaben vor Ablauf eines Abrechnungsjahres schon aufgebraucht ist?

5.3.2 Guthabenbildung

Gesundheitsfonds

Dem Gesundheitsfonds stehen 2011 Finanzmittel in Höhe von knapp 181,1 Mrd. € zur Verfügung.³⁴ Über das Versichertenklassifikationsmodell des Bundesversicherungsamtes (BVA) werden davon 178,9 Mrd. € als Zuweisungen an die Krankenkassen ausgeschüttet. Zentraler Bestandteil des Versichertenklassifikationsmodells ist der Morbi-RSA, nach dem die Krankenkassen – im Sinne der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten – Finanzmittel zugewiesen bekommen. Der Morbi-RSA ist somit ein zentraler Verteilungsschlüssel für die Finanzmittel des Gesundheitsfonds.

Zuweisungen

Ziel des Versichertenklassifikationsmodells ist es, für jeden Versicherten einen Zuweisungsbetrag zu ermitteln, der sein individuelles Morbiditätsrisiko widerspiegelt. Der ermittelte individuelle Zuweisungsbetrag ist eine Rechengröße, die sich aus zahlreichen Annahmen, Vorgaben des Gesetzgebers und weiteren Spezifikationen ergibt. Dadurch beschreibt der individuelle Zuweisungsbetrag aber nicht exakt das individuelle Gesundheitsrisiko eines Versicherten – d. h. dessen tatsächliche individuellen Gesundheitsausgaben –, sondern ist methodisch und vom Ergebnis her ein durchschnittlicher Näherungswert für die Krankheitskosten, die ein Versicherter im Zeitverlauf verursacht. Konsequenterweise werden die Zuweisungen jährlich neu berechnet, um Veränderungen bei Methodik, Versorgung und bei der Ausgabenentwicklung abbilden zu können.³⁵

34 Die Einnahmen setzen sich zusammen aus: Beitragseinnahmen (163,44 Mrd. €), Steuersubventionen (15,13 Mrd. €) und andere Einnahmen (2,53 Mrd. €); vgl. GKV-Schätzerkreis (2010).

35 Einen Überblick gibt Drabinski (2008).

Deckungsbeitrag

Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der Umsetzung des Versichertenklassifikationsmodells haben die gesetzlichen Krankenkassen für jeden Versicherten ein rein internes individuelles Versicherten-Konto eingeführt, über das ermittelt werden kann, ob sich der Versicherte aus Perspektive des Morbi-RSA „rechnet“. Für diesen Sachverhalt hat sich der Begriff **Deckungsbeitrag** durchgesetzt. Der Deckungsbeitrag eines Versicherten DB_i errechnet sich als (mit i = Versicherter, Z = Zuweisungen, A = Ausgaben):

$$DB_i = Z_i - A_i \quad (3)$$

Ist der Deckungsbeitrag nach Ablauf eines Jahres positiv ($Z_i > A_i$), so hat der Versicherte weniger Gesundheitsausgaben verursacht als die Krankenkasse an Zuweisungen für den Versicherten vom BVA zur Verfügung gestellt bekommen hat. Ist der Deckungsbeitrag hingegen negativ ($Z_i < A_i$), so reichen die individuellen Zuweisungen nicht aus, um die Ausgaben des Versicherten voll zu finanzieren. Die Finanzierung erfolgt dann durch Quersubventionierung über die Solidargemeinschaft der Krankenkasse.

Guthabenbildung

Das Konzept des Gesundheitskontos setzt an der Idee des Deckungsbeitrags an, konzentriert sich aber nur auf den ambulanten Bereich und dort auf den Teil der ambulanten Ausgaben, der im vGs als Solidargutschrift in die Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden soll. Die Guthabenbildung auf dem individuellen Gesundheitskonto kann dann entweder aus den individuellen Zuweisungen Z_i oder aus den individuellen Ausgaben A_i erfolgen.³⁶

Zur Illustration sollen an dieser Stelle drei Modelle vorgestellt werden, nach denen die Finanzmittel für ein individuelles Gesundheitskonto errechnet werden können:

³⁶ Einen interessanten Ansatz für eine einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlung findet sich bei Götze/Salomon (2009).

- **Modell A:** Guthabenbildung über Unisex³⁷ $AGG^{38} - Z_i^{AGG}$
- **Modell B:** Guthabenbildung über AGG und $HMG^{39} - Z_i^{AGG}$ und Z_i^{HMG}
- **Modell C:** Guthabenbildung über die zu erwartenden ambulanten Ausgaben $- A_i$

Bei den Modellen A und B wird auf die Eigenschaften der Zuweisungen zurückgegriffen. Da die Zuweisungen individuelle Durchschnittswerte darstellen, eignen sie sich zur Berechnung des Guthabens auf dem Gesundheitskonto. Die individuellen Zuweisungen sind eine Funktion der ausgabenrelevanten Bestimmungsgrößen, die im Versichertenklassifikationsmodell des BVA umgesetzt werden:

$$Z_i = f(BK_i^{amb}; BK_i^{sta}; BK_i^{arz}; AUS_i^{and}; AGG; SON) \quad (4)$$

Anmerkungen: i = Versicherter, Z = Zuweisungen des BVA an Krankenkasse, BK^{amb} = ambulante Behandlungskosten (prospektiver Ansatz), BK^{sta} = stationäre Behandlungskosten, BK^{arz} = Kosten für Arzneimittel, AUS^{and} = andere Ausgabenkriterien, die zuweisungsrelevant sind, AGG = Alters-Geschlechts-Gruppe, SON = sonstige Bestimmungsfaktoren für die Zuweisungen, wie z. B. Erwerbsminderung, Verwaltungskosten und Krankengeld.

Modell A

Um auf dem Gesundheitskonto Guthaben von $GK_i^{amb} \equiv SG_i^{amb}$ zu bilden, werden die Zuweisungen im Sinne eines einfachen „Unisex AGG“-Modells auf die individuellen ambulanten Gesundheitskosten hin ausgelöst (mit $\zeta = 0, 1$):

$$GK_i^{amb} = \zeta \cdot \gamma \cdot Z_i^{AGG} \quad (5)$$

37 Unisex = Nicht nach Geschlecht differenziert.

38 AGG = Alters- und Geschlechtsgruppen im Sinne des BVA-Versichertenklassifikationsmodells.

39 HMG = Hierarchisierte Morbiditätsgruppen im Sinne des BVA-Versichertenklassifikationsmodells. Die HMG bilden näherungsweise die wichtigsten und teuersten Krankheiten der deutschen Bevölkerung ab.

Der Multiplikator γ wird wie folgt ermittelt:

$$\gamma = \frac{\sum_{v,i} A_i^{amb}}{\sum_{v,i} Z_i^{AGG}} = 0,38905751 \quad (6)$$

Dabei wird unterstellt, dass 2010 die über Alters- und Geschlechtsgruppen **AGG** verteilten Zuweisungen ($\sum_{v,i} Z_i^{AGG}$) einen Betrag von rund 86,47 Mrd. € annehmen. Für die Ausgaben der ambulanten Versorgung ($\sum_{v,i} A_i^{amb}$) wird ein Wert von ca. 33,64 Mrd. € angesetzt. Dieser Wert ist eine Prognose und ergibt sich als Näherung aus einer einfachen Hochrechnung des ersten Quartals auf das Jahr 2010 (vgl. **Tabelle 4**).

Bezeichnung	Betrag ^a [Mrd. €]	Anteil an den Ausgaben [%]
Vertragsärztliche Versorgung ^b	8,41	18,9
Zahnmedizin inkl. Zahnersatz	2,97	6,7
Arzneimittel	7,99	17,9
Krankenhaus	14,95	33,6
Andere Bereiche	8,09	18,2
Netto-Verwaltungskosten GKV	2,12	4,7
Ausgaben insgesamt	44,53	100,0

Tabelle 4: Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung [2010, erstes Quartal]

Anmerkungen: a) Inklusive Zuzahlungen durch Versicherte. b) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Sachkosten sowie von den Versicherten geleistete Zuzahlungen, insbesondere Praxisgebühr (rund 405 Mio. €).
Quelle: Eigene Darstellung. BMG (2010b)

Werden die so ermittelten Guthaben auf die Versicherten-
zahlen nach Altersklassen aufgelöst, so ergeben sich durch-
schnittlich jährliche Guthaben von 31,48 € bis 86,39 €⁴⁰ (vgl.
Tabelle 5).

40 Ohne Neugeborene.

Altersklasse	Versicherte	GK_i^{amb} Gesundheitskonto [€ im Jahr]
Neugeborene	299.952	188,27
1-5 Jahre	3.016.385	39,17
6-12 Jahre	4.754.985	34,35
13-17 Jahre	3.616.838	40,75
18-24 Jahre	5.925.881	31,48
25-29 Jahre	4.285.633	37,08
30-34 Jahre	3.943.481	39,30
35-39 Jahre	4.571.079	37,73
40-44 Jahre	5.815.607	36,13
45-49 Jahre	5.729.911	38,98
50-54 Jahre	4.889.111	43,62
55-59 Jahre	4.462.682	47,46
60-64 Jahre	3.545.751	54,52
65-69 Jahre	4.460.464	67,57
70-74 Jahre	4.032.402	77,45
75-79 Jahre	2.722.609	84,41
80-84 Jahre	2.042.276	85,42
85-89 Jahre	1.203.172	86,39
90-94 Jahre	313.181	70,76
95+ Jahre	135.995	72,82
Insgesamt	69.767.395	Ø 48,22

Tabelle 5: Guthabenbildung Gesundheitskonto [2010]

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung. BVA (2009), BMG (2010a)

Für die praktische Umsetzung wird empfohlen, die durchschnittlichen jährlichen Guthaben von 31,48 € bis 86,39 € in transparente Werte zu überführen. Einen Vorschlag für ein mögliches Vorgehen gibt **Tabelle 6**.

Altersklassen	GK_i^{amb} Guthaben [€ im Jahr]
bis 44 Jahre	50,00
45–64 Jahre	60,00
65–74 Jahre	70,00
75+ Jahre	80,00

Tabelle 6: Vorschlag für eine Umsetzung der Guthabenbildung im Gesundheitskonto [€] | Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung

Tabelle 6 zeigt, dass das jährlich zu bildende Guthaben mindestens 50 € beträgt und für Versicherte bis zum Alter von 44 Jahren angesetzt wird. Im Alter von 46 bis 64 Jahren werden 60 € angesetzt, von 65 bis 74 Jahre 70 € und ab 75 Jahren werden auf dem Gesundheitskonto 80 € gutgeschrieben.

Modell B

In einem erweiterten Modellansatz kann die Morbiditätsstruktur über die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (*HMG*) noch detaillierter berücksichtigt werden. Um die individuelle Gutschrift für das Gesundheitskonto zu ermitteln, ist der *AGG*-Ansatz aus Modell A zu erweitern. Es ergibt sich die folgende Gleichung (mit $\zeta = 0,1$):

$$GK_i^{amb,B} = \zeta \cdot (\alpha_k \cdot Z_i^{AGG} + \beta_k \cdot Z_i^{HMG}) \quad (7)$$

Die Multiplikatoren α_k und β_k errechnen sich unter anderem über den „Regressionsanteil *AGG*“.⁴¹ Die zur Berechnung von $GK_i^{amb,B}$ benötigten Daten liegen bei den gesetzlichen Krankenkassen vor und können unmittelbar für die Berechnung der Guthaben eingesetzt werden.

⁴¹ Vgl. z. B. BVA-Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds vom 23.11.2009.

Modell C

Bei der Berechnung des Guthabens eines Gesundheitskontos können anstelle der individuellen Zuweisungen Z_i^{GG} und Z_i^{HMG} auch unmittelbar die zu erwartenden ambulanten Ausgaben eines Versicherten A_i herangezogen werden. Der Vorteil dieser Alternative besteht darin, dass die ambulanten Ausgaben nicht indirekt über das BVA-Versichertenklassifikationsmodell und die Daten der Krankenkassen hergeleitet werden müssten. Anstelle dessen könnte direkt auf die Ausgabendaten der vertragsärztlichen Versorgung (A_i^{KV}) zurückgegriffen werden, über die Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen verfügen. Dann würde das Guthaben des Gesundheitskontos wie folgt ermittelt werden (mit $\zeta = 0,1$ und $\hat{A}_i^{KV}$ als zu erwartende ambulante Kosten eines Versicherten in einem Behandlungsjahr):

$$GK_i^{amb,C} = \zeta \cdot \hat{A}_i^{KV} \quad (8)$$

Im Gegensatz zu den Modellen A und B könnte in Modell C die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit der Berechnung und der Administration des Gesundheitskontos betraut werden. Dadurch würde die KV eine eigenständige Steuerungs- und Versicherungsfunktion übernehmen.

5.3.3 Der Gesundheitsfonds als Financier

Die Frage, über welche Finanzmittel das Gesundheitskonto gefüllt wird, lässt sich trivial beantworten. Die Finanzierung erfolgt über den Gesundheitsfonds, in den die Beitragszahler die Beiträge und die Steuerzahler die Steuersubventionen eingezahlt haben. Da die Guthabenbildung im Gesundheitskonto aus den bestehenden Finanzmitteln erfolgt, muss der Versicherte auch keine zusätzlichen Zahlungen leisten. Wählen alle Versicherten ein Gesundheitskonto, so müssen insgesamt rund 3,36 Mrd. € als Guthaben eingestellt werden ($\approx 10\%$ der ambulanten Gesamtausgaben).

Damit wird über den Gesundheitsfonds die solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung (= Solidargutschrift) finanziert.

5.3.4 Entsparen

Die Auflösung des Guthabens des Gesundheitskontos erfolgt bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen über das oben dargestellte Konzept der Solidargutschrift. Die Solidargutschrift des Versicherten SG_i^{amb} ist dann bei einem Prozentsatz von 10 %:

$$SG_i^{amb} = \zeta \cdot BK_i^{amb} = 0,1 \cdot BK_i^{amb} \quad (9)$$

Beispiel: Belaufen sich die ambulanten Kosten BK_i^{amb} auf 75 €, so beträgt die Solidargutschrift $SG_i^{amb} = 7,50$ €. Der Betrag von 7,50 € wird dann vom Gesundheitskonto abgebucht. Wird z. B. nach Tabelle 6 ein 43-jähriger Versicherter mit einem jährlichen Guthaben von 50,00 € unterstellt,⁴² so verfügt der Versicherte nach der ambulanten Versorgung noch über ein Guthaben von 42,50 €, das für weitere Verwendungszwecke zur Verfügung steht.

5.3.5 Auszahlung oder Sparbuch

Was passiert, wenn das Guthaben auf dem Gesundheitskonto innerhalb eines Abrechnungsjahres nicht verbraucht wird? In diesem Fall gibt es zwei Optionen, die dem Versicherten angeboten werden können. Die **erste Option** ist die der Auszahlung („Cash-back“): Der Versicherte bekommt das Guthaben von seiner Krankenkasse (oder über die Kassenärztliche Vereinigung) ausgezahlt. Im oben beschriebenen Beispiel würden dann 42,50 € auf das Privatkonto des Versicherten überwiesen, wenn er im Abrechnungsjahr keine weiteren ambulanten Kosten auslöst.

Die Auszahlung eines positiven Guthabens an den Versicherten sollte aus Vereinfachungsgründen jährlich erfolgen. Anstelle der Auszahlung kann dem Versicherten eine **zweite Option** angeboten werden: Das positive Guthaben wird auf das Folgejahr übertragen. In diesem Fall wird das Gesundheitskonto zum **Gesundheitssparbuch** für zukünftige Solidargut-

42 Annahme: Der Versicherte hat im Abrechnungsjahr noch kein Guthaben von seinem Gesundheitskonto aufgebraucht.

schriften und Mehrleistungsbeteiligungen. Dadurch könnten den Versicherten Anreize für mehr Prävention und ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten gegeben werden.

Interessant ist im Zusammenhang mit der ersten Option, wie mit den „anderen“ Einsparungen umgegangen wird. Denn mit jedem Euro, der auf einem Gesundheitskonto als Guthaben stehen bleibt, sind neun Euro Einsparungen in der ambulanten Versorgung verbunden. **Diese Einsparungen sind der Effizienzgewinn des Versorgungsmodells vgs.** Weitere Einsparungen ergeben sich aus den induzierten Einsparungen, z. B. durch nicht veranlasste Arzneimittel-Therapien, nicht veranlasste Hilfsmittel oder nicht veranlasste stationäre Versorgungen. Auch diese Einsparungen zählen zu den Effizienzgewinnen des Versorgungsmodells. Im Zuge der Umsetzung eines Versorgungsmodells ist dann aber zu klären, welchem Akteur diese Einsparungen zufallen. Im Zweifel sollten die Einsparungen an die Versicherten ausgezahlt werden.

5.3.6 Mehrleistungsbeteiligung

Für den Fall, dass ein Versicherter das jährliche Guthaben seines Gesundheitskontos vor Ablauf des Abrechnungsjahres aufgebraucht hat und weitere ambulante Leistungen in Anspruch nimmt, sollte gewährleistet sein, dass der Versicherte durch die dann entstehende Mehrleistungsbeteiligung von $\zeta = 10\%$ finanziell nicht überlastet wird.

In Anlehnung an das Versorgungsmodell vgs wird die Solidargutschrift $SG_i^{amb} = \zeta \cdot BK_i^{amb}$ dann in eine Mehrleistungsbeteiligung $MB_i^{amb} = \zeta \cdot BK_i^{amb}$ umgewandelt. Es wird vorgeschlagen, dass für diese Fälle eine Belastungsbegrenzung ψ für die Mehrleistungsbeteiligung umgesetzt wird. In Anlehnung an die „Zuzahlungen“ wird vorgeschlagen, die jährliche Belastungsgrenze der Mehrleistungsbeteiligung nach § 62 SGB V

auf 1,0 % (bei chronisch Kranken: 0,5 %) des Einkommens zu begrenzen.⁴³

Beispiel: Hat der Versicherte das Guthaben seines Gesundheitskontos bereits aufgebraucht ($GK_i^{amb} = 0$), so wird die Solidargutschrift in eine Mehrleistungsbeteiligung umgewandelt. Dann greift die Belastungsgrenze von $\psi = 0,01$ (1,0 %) bzw. $\psi = 0,005$ (0,5 %) bei chronisch Kranken für die zusätzlichen ambulanten Behandlungskosten BK_i^{amb} .

Formal gilt dann folgender Zusammenhang für ein Abrechnungsjahr:

$$MB_i^{amb} = \begin{cases} 0 & \text{wenn } GK_i^{amb} \geq 0 \wedge \widetilde{BK}_i^{amb} = 0 \\ \zeta \cdot \widetilde{BK}_i^{amb} & \text{wenn } \zeta \cdot \widetilde{BK}_i^{amb} \leq \psi \cdot Y_i \wedge GK_i^{amb} = 0 \\ \psi \cdot Y_i & \text{wenn } \zeta \cdot \widetilde{BK}_i^{amb} > \psi \cdot Y_i \wedge GK_i^{amb} = 0 \end{cases} \quad (10)$$

Anmerkungen: i = Versicherter; MB^{amb} = Mehrleistungsbeteiligung für die ambulante Versorgung; GK^{amb} = Gesundheitskonto; BK^{amb} = ambulante Behandlungskosten (Solidargutschrift durch Gesundheitskonto abgedeckt); ψ = Belastungsgrenze (1 %; Chroniker: 0,5 %); Y = Einnahmenbegriff (Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 Abs. 2 SGB V);⁴⁴ ζ = Eigenbeteiligungssatz; $\widetilde{BK}_i^{amb}$ = zusätzliche ambulante Behandlungskosten (für den Fall, dass das Gesundheitskonto aufgebraucht ist).

Beispiel: Ist das Guthaben des Gesundheitskontos aufgebraucht ($GK_i^{amb} = 0$) und entstehen für einen chronisch kranken Versicherten im Behandlungsjahr **zusätzliche** ambulante Behandlungskosten von $\widetilde{BK}_i^{amb} = 1.000$ €, so wird für den Versicherten zunächst eine Mehrleistungsbeteiligung in Höhe von $MB_i^{amb} = 0,1 \cdot 1.000 = 100$ € kalkuliert. Hat der Versicherte ein jährliches Einkommen von 12.000 €, so beläuft sich der Höchstbetrag seiner Mehrleistungsbeteiligung auf jährlich $Y_i \cdot \psi = 12.000 \cdot 0,005 = 60$ €. Das heißt, dann muss der

43 An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es eine Analogie zur Belastungsgrenze des Zusatzbeitrags (= Gesundheitsprämie) gibt. Zur Konzeption der Belastungsgrenze beim Zusatzbeitrag vgl. Drabinski (2009b, 2010).

44 Entspricht dem verfügbaren Familieneinkommen; vgl. GKV-Spitzenverbände (2005).

chronisch kranke Versicherte im Behandlungsjahr eine Mehrleistungsbeteiligung von $MB_{amb}^{amb} = 60 \text{ €}$ selber tragen, 40 € bekommt er von seiner Krankenkasse über die Belastungsgrenze erstattet.

5.4 Nutzen für Versicherte und Umsetzung

Die Umsetzung des Versorgungsmodells vGs muss sich dem **Praxistest** stellen, der auf die Frage reduziert werden kann: Ist zu erwarten, dass mit dem vGs der Nutzen für Versicherte steigt? Fest steht: Die gesundheitsbezogenen Werte der Gesellschaft befinden sich im Wandel und gehen einher mit einem wachsenden Gesundheitsbewusstsein.

Ein **wachsendes Gesundheitsbewusstsein** resultiert aus dem Interesse der Versicherten, die sich über neue Informationsangebote und -wege wie digitale Medien, Internet, Call-Center und Zeitschriften die Inhalte für ihr wachsendes Gesundheitsbewusstsein beschaffen. Dadurch sind Versicherte immer besser über Gesundheitsthemen informiert. Im Ergebnis setzen sich Versicherte immer stärker mit der eigenen Gesundheit, mit Gesundheitsprozessen, Versorgungsqualität und Gesundheitsangeboten auseinander. Denn die Versicherten wissen, dass sie durch Information und Mitwirkung den Heilungsprozess bzw. den gesunden Alterungsprozess positiv beeinflussen können. Die Versicherten werden verstärkt zum „**mündigen Patienten**“.

Die **Informationsbeschaffung** bedeutet für Versicherte mehr Transparenz und eine bessere Informationsqualität. Mit der besseren Informationsqualität werden Versicherte auch fordernder: Eine immer umfassendere und bessere Beratung und Versorgung ist gewünscht, sowohl im heilberuflichen Bereich wie auch im Servicebereich ihrer Krankenkasse. Versicherte fordern damit mehr medizinische Kompetenz ab und erwarten persönliche Ansprechpartner, eine gute Erreichbarkeit und auch eine persönliche Beratung vor Ort. Diese „weichen“ Kriterien werden deshalb auch zukünftig verstärkt als Serviceparameter ihres Krankenversicherungsschutzes in

den Vordergrund rücken, auch um Kostenunterschiede, wie sie zum Beispiel über die neuen Zusatzbeiträge in Erscheinung treten werden, bewertbarer zu machen.

In Bezug auf das Versorgungsmodell VGS realisieren Versicherte dann einen positiven Nutzen, wenn Qualität, finanzielle Partizipation und Service „stimmen“ und es insgesamt zu einer Verbesserung des Arzt/Patienten-Verhältnisses kommt. Dann kommt es auch zu einer engeren Kundenbindung an die eigene Krankenkasse. Dabei resultiert ein **positiver Nutzen für Versicherte** u. a. durch eine Verbesserung der Versorgungsqualität:

- ▶ mehr Zeit für sprechende Medizin
- ▶ optimierte und abgestimmte Versorgung bei technischer Medizin
- ▶ stärker vernetztes Versorgungsgeschehen (z. B. durch Koordination der Facharzt-Disziplinen)
- ▶ weniger Operationen
- ▶ gezielte und verlässliche Arzneimittelversorgung
- ▶ wohnortnahen Versorgung, auch im ländlichen Raum, z. B. über Zweigstellen, Fahrdienste, mobile Praxen

Ein **positiver Nutzen durch Verbesserung von Service und Zugang** resultiert z. B. aus:

- ▶ erweiterte Sprechstunden
- ▶ freie Arztwahl
- ▶ intensivere Haus- und Heimbesuche
- ▶ geringere Wartezeiten
- ▶ telefonische Beratung
- ▶ optionale Angebote zur Prävention (z. B. Fitness, Reha)

Ein **positiver Nutzen aus der neuen Solidargutschrift** ergibt sich u. a. aus:

- ▶ Wegfall der Praxisgebühr

- ▶ solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung
- ▶ Finanzierungsneutralität, z. B. keine (Zusatz) Beitragssteigerungen
- ▶ Beteiligung an Einsparungen (Auszahlung positiver Guthaben des Gesundheitskontos als „Cash-back“)

Umgekehrt gilt: Für gesetzliche Krankenkassen ist das neue Versorgungsmodell vgs dann interessant, wenn sich daraus neue Angebote entwickeln lassen, die einen Mehrwert für die Versicherten generieren; Transparenz, Information und Partizipation bilden dabei den Rahmen für ein kundenorientiertes Angebot. Ein „Verkaufsargument“ ist, dass Versicherte über entsprechende Anreize (= Gesundheitskonto mit Solidargutschrift) in die Lage versetzt werden, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auch aus der Perspektive einer effizienten Verwendung der Finanzmittel zu bewerten. Daraus kann sich ein dauerhafter gesellschaftlicher Lernprozess entwickeln, über den die Nutzung medizinischer Ressourcen rationalisiert wird.

Bevor das Versorgungsmodell vgs umgesetzt werden kann, sind Versicherte (und Ärzte) entsprechend zu informieren. Die Information der Versicherten kann durch gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzte erfolgen. Da es sich beim Versorgungsmodell vgs aber um ein „Kassenangebot“ für die Versicherten der Krankenkasse handelt, ist die Krankenkasse zunächst Hauptansprechpartner für den Versicherten. In der praktischen Umsetzung unterstützen dann die Kassenärztliche Vereinigung und der Arzt vor Ort.

Zur wichtigsten Information des Versicherten zählt die Erklärung, wie das Gesundheitskonto funktioniert und wie die Solidargutschrift umgesetzt wird. Da sowohl Gesundheitskonto als auch Solidargutschrift leicht zu vermitteln sind, dürfte es dem Versicherten nicht schwer fallen, das Versorgungsmodell vgs als angemessen einzustufen und insgesamt als sinnvoll zu erachten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Versicherte seine neue Rolle als mündiger Patient auch dahingehend interpretiert, dass das Versorgungsmodell für ihn auch

mehr Eigenverantwortung bedeutet, die der Versicherte positiv im Versorgungsprozess einsetzen kann.

Es ist zu erwarten, dass mehr **Eigenverantwortung** und das Einwirken auf den Versorgungsprozess auch die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung insgesamt fördert, Wettbewerb und Qualität der Versorgung stärkt und positive Anreize für die Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum setzt. Denn mehr Transparenz bedeutet auch mehr Information und dies fördert den Qualitätswettbewerb unter den Ärzten. Deshalb ist im Zuge der Umsetzung zu erwarten, dass sich Versicherte noch intensiver über die Ergebnisqualität der Versorgung informieren.

Es sind aber nicht nur die Schlagwörter Transparenz und Eigenverantwortung, die für die Patienten Nutzen stiftend sind. Denn durch die Konfiguration des Versorgungsmodells VGS ist zu erwarten, dass auch insgesamt das Arzt/Patienten-Verhältnis verbessert wird. In unterversorgten Regionen führt eine Einzelleistungsvergütung zudem zu Planungs- und Investitionssicherheit und fördert damit die Niederlassungsquote bzw. die Wiederbesetzungsquote offener Vertragsarztsitze.

5.5 Vorschlag für eine Änderung des SGB V

5.5.1 Einleitung

Um das voran gestellte neue Versorgungsmodell für den ambulanten Bereich umzusetzen, empfiehlt es sich, die gesetzlichen Regelungen im SGB V entsprechend anzupassen, vor allem auch, damit für Versorgungsmodelle vom Typ VGS regionalisierte Lösungen entwickelt werden können.

Der Auftrag für die Entwicklung regionalisierter Versorgungslösungen findet sich im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP aus dem Jahr 2009. Dort wird unter anderem gefordert, dass über neue Versorgungsmodelle Lösungen geschaffen werden sollen, die den Versicherten zugutekommen, Versicherte in den Mittelpunkt stellen und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglichen. Gleichzeitig soll es zu mehr

Transparenz und Orientierung für die Versicherten in Bezug auf Qualität, Leistung und Preis kommen. Aber auch für Ärzte fordert der Koalitionsvertrag: „Ärztinnen und Ärzte brauchen [...] ein einfaches, verständliches Vergütungssystem [in dem] regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden.“ Weiter heißt es: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen künftig mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütung erhalten, um den Versorgungsauftrag vor Ort besser Rechnung tragen zu können.“ Insgesamt geht es darum, eine gemeinsame „[...] Verantwortung für regionale Bedürfnisse und Strukturen [...]“ umzusetzen.

Um dies zu gewährleisten, werden im Folgenden Änderungen im SGB V aufgezeigt, die einerseits die Logik des Versorgungsmodells vGS unterstützen, andererseits aber auch als notwendig erachtet werden, um den Versicherten der GKV sowie den Krankenkassen und ärztlichen Verbänden auf freiwilliger Basis neue Wahlmöglichkeiten zu eröffnen, um die entsprechenden Strukturen staatsfern und ohne weitere zentrale Eingriffe umsetzbar zu machen. Insbesondere geht es um die Umsetzung spezieller Wahltarife nach § 53 SGB V, um Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V, um Strukturverträge nach § 73a SGB V und um die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V. Ebenso betroffen sind aber auch: § 13 SGB V (Kostenerstattung), § 28 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung), § 43b SGB V (Zahlungsweg), § 61 SGB V (Zuzahlungen) und § 305 SGB V (Auskünfte an Versicherte).

Anzumerken ist, dass sich die aufgezeigten Gesetzesänderungen aus dem ökonomischen Ansatz dieser Studie ergeben und damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit, juristische Exaktheit etc. erheben können. Sie sind als Diskussionsunterlage zu verstehen.

5.5.2 Umsetzung der Einzelleistungsvergütung über die Amtliche Gebührenordnung der Ärzte

Die Umsetzung der Einzelleistungsvergütung erfolgt im vGS über die Amtliche Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ).⁴⁵

⁴⁵ Analog GOZ bei zahnärztlichen Leistungen.

In § 13 Absatz 2 SGB V müssten deshalb die Sätze 9 bis 13 SGB V [Kostenerstattung] durch eine Neuformulierung ersetzt werden (hier Sätze 9 bis 12): „Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung auf Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte bzw. der Gebührenordnung der Zahnärzte, die sich aus Vereinbarungen ergibt. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen können für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen eine Vorfinanzierung (implizite Kostenerstattung) übernehmen. Das Verfahren ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren.“ Analog dazu könnte § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V im Sinne der folgenden Formulierung geändert werden: „Der Anspruch auf Erstattung besteht in Höhe der Vergütung, die sich nach Abs. 2 ergibt.“ Die Sätze 4 und 5 in § 13 Abs. 4 SGB V könnten entfallen.

5.5.3 Wegfall der Praxisgebühr, Solidargutschrift, Gesundheitskonto und Zahlungsweg

Der Wegfall der Praxisgebühr und eine neue solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung (= Solidargutschrift) könnten zunächst über § 28 SGB V [Ärztliche und zahnärztliche Behandlung] implementiert werden. In § 28 SGB V könnte Abs. 4 Satz 3 neu formuliert werden: „Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, wird die Praxisgebühr nach Satz 1 durch die Regelungen des § 61 Abs. 2 abgelöst.“

Um die neue Solidargutschrift im Zusammenhang mit Einzelleistungsvergütung und impliziter Kostenerstattung umzusetzen, müsste § 61 SGB um einen Absatz 2 erweitert werden: „(2) Nehmen Versicherte nach § 13 Abs. 2, § 53 Abs. 4 oder § 73a an ambulanten Versorgungsformen oder Versorgungsmodellen mit Kostenerstattung teil, so ist eine solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung (= Solidargutschrift) in Höhe von 10 % auf die ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungskosten zu berücksichtigen. Krankenkassen richten für Versicherte nach Satz 1 ein versichertenbezogenes Gesundheitskonto ein. Auf dem Gesundheitskonto werden 10 % der zu erwartenden ambulanten Kosten versichertenbezo-

gen gutgeschrieben, zum Beispiel in Anlehnung an die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen nach § 266. Solidargutschriften nach Satz 1 werden mit dem Gesundheitskonto verrechnet. Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen können für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen im Zuge der impliziten Kostenerstattung die Finanzierung der Kosten und die Administration des Gesundheitskontos übernehmen. Das Verfahren ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren und abzustimmen. Überschreiten die Solidargutschriften nach Satz 1 im Kalenderjahr den Betrag, der auf dem versichertenbezogenen Gesundheitskonto gutgeschrieben ist, so wird die Solidargutschrift zur Mehrleistungsbeteiligung und § 62 gilt mit angepassten Belastungsgrenzen (1 % bzw. 0,5 % für chronisch Kranke).“

Aus § 61 Abs. 2 SGB V würde sich auch eine Empfehlung für eine Neujustierung der Verrechnung über ein Gesundheitskonto nach § 43b Abs. 2 Satz 2 SGB V [Zahlungsweg] ergeben:⁴⁶ „(2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Von Satz 1 ausgenommen sind die Regelungen nach § 28 Abs. 4 Satz 3. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Von Satz 3 ausgenommen sind die Regelungen nach § 28 Abs. 4 Satz 3. In den Fällen der Sätze 2 und 4 haben Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen in Abstimmung mit den Krankenkassen die Umsetzung des Gesundheitskontos nach § 61 Abs. 2 zu gewährleisten.“

46 Über diese Regelung würde auch sichergestellt werden, dass Ärzte bzw. Zahnärzte von den administrativen Belastungen der Solidargutschrift bzw. Mehrleistungsbeteiligung entlastet sind, insofern der Patient im Sinne der Einzelleistungsvergütung mit impliziter Kostenerstattung und Gesundheitskonto behandelt wird.

5.5.4 Neujustierung der Wahltarife

Mit den in § 53 SGB V beschriebenen Wahlтарifen haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, differenzierte Versicherungsangebote den Versicherten bereitzustellen. Einige Wahlтарife sprechen gezielt bestimmte Versichertengruppen an (z. B. jung und einkommensstark) und fördern dadurch zum Teil Risikoselektion. Andere Wahlтарife führen zu einem Abfluss (z. B. Selbstbehalt-Wahlтарife) bzw. zu einer Umverteilung von Finanzmitteln (z. B. HzV-Verträge nach § 73b SGB V).

Dennoch sind Wahlтарife als Instrument für differenzierte Tarife geeignet. Generell gilt: Ein Wahlтарif ist umso interessanter für die Versicherten, je optimaler Anreize für eine effektive Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist ordnungspolitisch zu beachten, dass Wahlтарife möglichst für alle Versicherte einer Krankenkasse interessant sein und sich nicht nur auf bestimmte Versichertengruppen konzentrieren sollten.

Es wird vorgeschlagen, Abs. 1 in § 53 SGB V zu streichen. Durch Streichung des § 53 Abs. 1 SGB entfällt für gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit für den Abschluss von Selbstbehalt-Wahlтарifen im Sachleistungsprinzip. Ordnungspolitisch ist die Streichung damit zu begründen, dass ein Selbstbehalt im Sachleistungsprinzip wesensfremd ist, da die Behandlungskosten für den Patienten nicht transparent sind. Deshalb konnte ein gesellschaftlicher Vorteil von Selbstbehalt-Wahlтарifen, trotz zum Teil mehrjähriger Modellversuche, für die GKV nicht nachgewiesen werden.

Als weitere Änderung bietet es sich an, § 53 Abs. 3 SGB V neu als Abs. 3a zu formulieren: „(3a) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73a, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen. Für Versorgungsformen nach § 73a gelten die Regelungen nach § 61 Abs. 2.“ Durch die Erweiterung der gesetzlichen Regelungen für besondere Versorgungsformen in Bezug auf die Strukturverträge nach § 73a

SGB V wird sichergestellt, dass regionalisierte Versorgungsangebote von den Krankenkassen als Wahltarif den Versicherten angeboten werden können. Dies erleichtert entsprechende regionalisierte Angebote.

Weiter könnte ein neuer Abs. 3b in § 53 SGB V eingefügt werden: „(3b) Versorgungsformen nach Abs. 3a können in der Satzung auch auf Bezirke einer Kassenärztlichen Vereinigung begrenzt werden.“ Diese Regelung würde es Krankenkassen ermöglichen, Wahltarife mit einem nur regionalen Bezug umzusetzen, ohne dass der Wahltarif bundesweit implementiert werden muss. Hierdurch würden regional angepasste Lösungen erleichtert. Ebenso könnten Modellprojekte besser umgesetzt und getestet werden.

Zusätzlich empfiehlt es sich, § 53 Abs. 4 SGB V neu zu formulieren: „(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung in Abstimmung mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen variieren. Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht mindestens in Höhe der Vergütung, die sich aus § 13 Abs. 2 ergibt.“ Mit der Neuregelung wird sichergestellt, dass ein Wahltarif zur Kostenerstattung im Einklang mit § 13 SGB V steht. Zusätzliche Zahlungen eines Versicherten, um sich in einen Wahltarif Kostenerstattung einzuschreiben, werden gestrichen.

Es wird vorgeschlagen: § 53 Abs. 7 SGB V ist zu streichen. Eine Rationierung medizinischer Leistungen sollte sich nicht als Wahltarif darstellen lassen.

Als weitere Änderung empfiehlt sich eine Neuformulierung von § 53 Abs. 8 SGB V: „(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 und Absatz 4 beträgt ein Jahr. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der einjährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Mit dieser Neuregelung würde die Laufzeit von Wahltarifen zum Vorteil der Versicherten auf ein Jahr begrenzt.“

5.5.5 Modellvorhaben und Strukturverträge

Es wird vorgeschlagen, in § 63 Abs. 1 Satz 1 SGB V das dritte Wort ‚und‘ durch ein ‚oder‘ zu ersetzen. Mit dieser Regelung wird Kassenärztlichen Vereinigungen eine Wahlmöglichkeit eingeräumt, ein Modellvorhaben mit einer oder mehreren Krankenkassen umzusetzen. Dadurch können Modellvorhaben auch dann umgesetzt werden, wenn nicht alle Krankenkassen eines Landesverbandes an einem solchen Modellvorhaben partizipieren wollen.

Darüber hinaus wird empfohlen, § 63 Abs. 5 SGB V um folgende Passage zu erweitern, damit Krankenkassen Modellvorhaben mit einem nur regionalen Bezug auch ohne Satzungsänderung umzusetzen können: „Abweichend von Satz 1 können Modellvorhaben nach Abs. 1 auch ohne Satzungsänderung umgesetzt werden, wenn sie nicht alle Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen gleichzeitig betreffen.“

Für Strukturverträge nach § 73a SGB V könnte Abs. 1 Satz 1 neu formuliert werden: „(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit einzelnen Krankenkassen oder ihren Verbänden in den Verträgen nach § 83 Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbaren, die dem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem von ihm gewählten Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen insgesamt oder für inhaltlich definierte Teilbereiche dieser Leistungen übertragen; § 71 Abs. 1 gilt.“ Mit der Neuregelungen könnten Krankenkassen als Vertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigungen für Strukturverträge auftreten. Dadurch könnten Strukturverträge auch dann umgesetzt werden, wenn nicht alle Krankenkassen an solchen Verträgen teilnehmen wollen.

Als Änderung bietet es sich an, § 73a Abs. 2 SGB V neu einzufügen: „(2) Umfassen Strukturverträge nach Abs. 1 Versorgungsformen nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4, so gilt § 61 Abs. 2. Das Verfahren ist für den Bezirk oder für einen Verbund vernetzter Praxen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und

Krankenkasse oder den Landesverbänden der Krankenkassen abzustimmen.“ Diese Änderung enthält eine Klarstellung für Strukturverträge, die eine Einzelleistungsvergütung mit Elementen einer Kostenerstattung umsetzen wollen.

5.5.6 Transparenz für Versicherte

Mehr Transparenz für Versicherte ist eine zentrale Forderung des Versorgungsmodells vGs. Transparenz aus Perspektive des SGB V heißt, dass Versicherte Einsicht auf alle in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten nehmen können. Dies sollte mit wenig Aufwand möglich sein und im Idealfall voll digitalisiert erfolgen, z. B. über eine durch die Krankenkasse geführte elektronische Patientenakte.

Um mehr Transparenz für Versicherte umzusetzen, müsste § 305 Abs. 1 Satz 1 SGB V modifiziert und ein neuer Satz 2 eingefügt werden: „Leistungen und Kosten sind nach ambulanter ärztlicher Versorgung, zahnärztlicher Versorgung, stationärer Versorgung, Arzneimittelversorgung und sonstiger veranlasseter Versorgungen zu differenzieren. Die Unterrichtung erfolgt auf Wunsch des Versicherten im Sinne des § 291a Abs. 3 über eine elektronische Patientenakte.“ Daraus ergibt sich auch: Es wird vorgeschlagen, § 305 Abs. 2 SGB V zu streichen.

Paradigmenwechsel. Mit der vorgelegten Studie wird ein Paradigmenwechsel für die ambulante Versorgung in der GKV dargestellt, durch den das bestehende Zuzahlungssystem (vor allem Praxisgebühr), das Sachleistungsprinzip und das ambulante Vergütungssystem durch ein **neues Versorgungsmodell** erweitert werden.

Ziel des neuen Versorgungsmodells ist es, eine innovative Lösung für die ambulante Versorgung bereitzustellen, die für Patienten, Versicherte, Ärzte und Krankenkassen von Vorteil ist. Konzeptionell geht es darum, ein nachhaltig wirkendes Versorgungs-, Vergütungs- und Anreizsystem zu finden, das weitestgehend dem Prinzip der Patientenautonomie entspricht, gleichzeitig aber auch durch eine entsprechende konzeptionelle Ausgestaltung Versicherte vor einer finanziellen Benachteiligung schützt und insgesamt wirtschaftlich ist.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Empfehlungen der Monopolkommission (2010) für eine **solidarische Wettbewerbsordnung auf dem Krankenversicherungsmarkt** umgesetzt.

Versorgungsmodell

Im vorgelegten Versorgungsmodell werden die Elemente Patientenquittung, Einzelleistungsvergütung und implizite Kostenerstattung mit einer Solidargutschrift und mit einem Gesundheitskonto zu einem logischen Gesamtmodell zusammengefügt. Das Versorgungsmodell trägt den Namen vgs (Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift). Versicherte sollen sich freiwillig einschreiben können.

Einzelleistungsvergütung

Der Begriff Einzelleistungsvergütung steht in diesem Zusammenhang für eine Honorarsystematik, bei der ambulante Einzelleistungen nach einem aufgeschlüsselten Leistungsverzeichnis mit festgelegten Euro-Beträgen verzeichnet sind; Vergütungs- und Leistungs-Pauschalierungen werden dabei weitestgehend vermieden. Um im vgs eine Einzelleistungsvergütung umzusetzen zu können, wird vorgeschlagen, auf die

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zurückzugreifen, die im Wesentlichen dem Prinzip der Maximierung des Versicherungsnutzens folgt, indem eine höchstmögliche medizinische Qualität zu festgelegten Euro-Beträgen umgesetzt wird.

Zur Unterstützung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit wird empfohlen, die Steigerungsfaktoren der GOÄ festzulegen, z. B. über eine Rahmenfestlegung zwischen BMG und ausgewählten Spitzenverbänden oder auf regionaler Ebene zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse.

Gesundheitskonto

Auf dem individuellen Gesundheitskonto wird für die Kosten der ambulanten Versorgung ein anteiliges Guthaben gebildet. Das Guthaben wird bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen als **Solidargutschrift** eingesetzt. Das Gesundheitskonto wird so ausgestattet, dass für einen Versicherten 10 % der individuell berechneten ambulanten Behandlungskosten als Guthaben abgebildet sind.

In diesem Zusammenhang sind vier Fragen zum Gesundheitskonto zu klären:

- ▶ **Finanzierung:** Wie wird das Gesundheitskonto finanziert?
- ▶ **Guthaben:** Wie wird individuelles Guthaben gebildet?
- ▶ **Cash-back:** Was passiert, wenn das Guthaben innerhalb eines Abrechnungsjahres nicht verbraucht wird?
- ▶ **Mehrleistungsbeteiligung:** Was passiert, wenn das Guthaben vor Ablauf eines Abrechnungsjahres schon aufgebraucht ist?

Finanzierung

Die Finanzmittel des Gesundheitskontos werden über den Gesundheitsfonds bereitgestellt. Dadurch wird das Gesundheitskonto über die Solidargemeinschaft des Gesundheitsfonds finanziert. Das heißt aber auch, dass vom Versicherten keine gesonderten Zahlungen zu leisten sind.

Guthaben

Auf dem individuellen Gesundheitskonto erfolgt die Guthabenbildung entweder in Anlehnung an den Morbi-RSA, d. h. über die individuell aufgelösten Zuweisungen des Bundesversicherungsamtes, oder direkt über die zu erwartenden individuellen ambulanten Ausgaben. Im einfachsten Modell des Gesundheitskontos werden die Guthaben über Altersklassen aus einem M-RSA-Ansatz abgeleitet:

Altersklassen	Guthaben [€ im Jahr]
Bis 44 Jahre	50,00
45–64 Jahre	60,00
65–74 Jahre	70,00
75+ Jahre	80,00

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung; vgl. Tabelle 6

In weiter entwickelten Modellen wird das Guthaben zusätzlich an individuelle Morbiditätskriterien oder an individuell zu erwartende ambulante Behandlungskosten des Versicherten angepasst.

Cash-back

Das Guthaben des Gesundheitskontos wird bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen als Solidargutschrift verrechnet, die sich auf 10 % der ambulanten Behandlungskosten beläuft. Verbleibt nach Abschluss eines Abrechnungsjahres ein positives Guthaben (= Überschuss) auf dem Gesundheitskonto, so kann der Überschuss entweder an den Versicherten ausgezahlt werden („Cash-back“) oder als Guthaben für das nächste Jahr gespart werden.

Mehrleistungsbeteiligung

Falls ein Versicherter sein Guthaben aufgebraucht hat und weitere ambulante Leistungen in Anspruch nimmt, wird die Solidargutschrift in eine Mehrleistungsbeteiligung von

10 % auf die ambulanten Kosten umgewandelt. Ähnlich wie im Status quo bei den Zuzahlungen wird vorgeschlagen, die Mehrleistungsbeteiligung über eine Belastungsgrenze auf einen Höchstbetrag von 1 % (bei chronisch Kranken: 0,5 %) des Einkommens zu begrenzen.

Beispiel: Belaufen sich die zusätzlichen jährlichen Behandlungskosten eines chronisch kranken Versicherten auf 750 € und hat der Versicherte ein jährliches Einkommen von 10.000 €, so muss der Versicherte nicht eine Mehrleistungsbeteiligung von 75 € tragen (10 % von 750 €), sondern nur 50 € (0,5 % von 10.000 €). Die Krankenkasse zahlt die restlichen 25 €.

Solidargutschrift

Solidargutschrift bedeutet im Versorgungsmodell VGs, dass für einen Patienten bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ein bestimmter Anteil der ambulanten Kosten von seinem Gesundheitskonto abgebucht wird. **Die Solidargutschrift ist damit eine solidarisch finanzierte Eigenbeteiligung.**

Eine Guthabenbildung auf dem Gesundheitskonto ist eine Solidarlastschrift der Solidargemeinschaft zu Gunsten des Versicherten. Eine Auflösung des Gesundheitskontos ist damit eine Solidargutschrift, da die solidarisch finanzierten Mittel durch Inanspruchnahme ambulanter Leistungen ihrem solidarischen Verwendungszweck der medizinischen Versorgung zugeführt werden.

Es wird vorgeschlagen, 10 % der durch die Inanspruchnahme ausgelösten ambulanten Kosten als Solidargutschrift vom Gesundheitskonto des Versicherten abzubuchen. Damit wirkt die Solidargutschrift wie eine prozentuale Eigenbeteiligung von 10 %, allerdings mit dem Unterschied, dass die Solidargutschrift im Gegensatz zur Eigenbeteiligung nicht privat, sondern über das solidarisch finanzierte Gesundheitskonto eingesetzt wird.

Beispiel: Sind die ambulanten Behandlungskosten 50 €, so beläuft sich die Solidargutschrift auf 5 € (10 % von 50 €). Die

5 € werden vom Gesundheitskonto abgebucht, die Krankenkasse zahlt die restlichen 45 €.

Kostenerstattung

Kostenerstattung ist ein Abrechnungsverfahren für die medizinische Versorgung. Bei der **expliziten Kostenerstattung** finanziert zunächst der Versicherte die Kosten der Versorgung zwischen und lässt sich diese Kosten dann im Ausmaß seines Krankenversicherungsschutzes von seiner Krankenkasse erstatten. Bei der **impliziten Kostenerstattung**, die im VGs über eine Patientenrechnung umgesetzt werden soll, muss der Patient die Kosten der Versorgung **nicht** zwischenfinanzieren. Diese Aufgabe kommt einer geeigneten dritten Stelle zu, z. B. der Kassenärztlichen Vereinigung, die als Intermediär den Prozess der Kostenerstattung zwischen Ärzten und Kostenträgern organisiert.

Nutzen für Versicherte

Der ordnungs-, sozial- und gesellschaftspolitische Nutzen des Versorgungsmodells ist vielgestaltig und resultiert nicht nur aus einer **Vollversorgung** der Versicherten und aus der Aufrechterhaltung der Freiberuflichkeit für niedergelassene Ärzte. Der Nutzen resultiert vor allem aus einer Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Intensivierung des Arzt/Patienten-Kontakts: Für Diagnose, Behandlung und Therapie steht mehr Zeit zur Verfügung. Insbesondere sind im VGs die folgenden Ergebnisse zu erwarten:

- ▶ mündiger Patient
- ▶ freie Arztwahl
- ▶ keine Rationierung trotz allgemeiner Ausgabendynamik
- ▶ wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum
- ▶ Lösung vorhandener Nachwuchsprobleme durch Planungssicherheit (bei ärztlichen Investitionsentscheidungen)

- ▶ Sicherstellung der Versorgung
- ▶ Qualitätserhalt und -verbesserung
- ▶ Gleichstellung mit Privatpatienten
- ▶ effiziente Versorgung
- ▶ Wirtschaftlichkeit

D. h. es kann davon ausgegangen werden, dass im Ergebnis mehr Zeit für sprechende Medizin zur Verfügung steht und es insgesamt zu einer besser abgestimmten Versorgung kommt. Insbesondere können Versicherte über Anreize, die sich aus dem Gesundheitskonto mit Solidargutschrift ergeben, erstmalig in die Lage versetzt werden, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auch aus Perspektive einer effizienten Verwendung der Finanzmittel zu bewerten.

Weiter wird als Ergebnis des Versorgungsmodells mehr Transparenz und Eigenverantwortung bei den Versicherten erwartet, was wiederum die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung und den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärkt; denn mehr Transparenz bedeutet mehr Information und letztendlich auch mehr Qualität.

Effizienzgewinn

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass sich aufgrund der rationelleren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen Einsparungen ergeben. Diese Einsparungen werden als Guthaben auf individuellen Gesundheitskonten dokumentiert. In diesem Zusammenhang ist zu beachten: Mit jedem Euro, der auf einem Gesundheitskonto am Ende des Jahres als Guthaben verbleibt, sind neun Euro Einsparungen in der ambulanten Versorgung verbunden. Diese Einsparungen sind der Effizienzgewinn des Versorgungsmodells vGs. Weitere Einsparungen ergeben sich aus induzierten Einsparungen, z. B. durch nicht veranlasste Arzneimittel-Therapien oder nicht veranlasste stationäre Versorgungen. Auch diese Einsparungen zählen zu den Effizienzgewinnen des Versorgungsmodells und können zu Gunsten der Versicherten eingesetzt werden.

Resümee

Ausgehend vom Status quo kann eine umfassende, qualitativ hochwertige und effiziente ambulante Versorgung nur durch innovative und intelligente Freiräume für flexible Leistungs-, Anreiz- und Vergütungsstrukturen, d. h. durch ein neues Versorgungsmodell, nachhaltig gewährleistet werden.

Das Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS) ist ein solches innovatives Modell. Mit dem VGS werden erstmalig Finanzierungs-, Versorgungs- und Anreizstrukturen als politökonomische Komplettlösung beschrieben und damit Anreize für mehr Wettbewerb, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Versorgung wirksam umgesetzt.

Dabei spielen nicht nur finanzielle Vorteile, sondern auch Transparenz, Information und Partizipation der Versicherten im Behandlungsprozess eine wichtige Rolle.

Aus Perspektive der Versicherten ist der aufgezeigte Paradigmenwechsel ein wünschenswerter Ansatz, da die Versicherten befähigt werden, mit ihrem Verhalten und mit ihren Entscheidungen eine effizienzorientierte Allokation der Finanzmittel zu bewirken, um letztendlich Nutzen aus einer dauerhaft unrationierten ambulanten Versorgung zu ziehen.

- BMG (2010a). Bundesministerium für Gesundheit. Mitgliederstatistik KM1. Mitglieder und Familienversicherte zusammen, Bund. Stichtag 1. Juli 2010, Stand: 07.09.2010.
- BMG (2010b). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1. Quartal 2010, Stand: 20. Juli 2010.
- BMG (2010c). Bundesministerium für Gesundheit. Informationsblatt zu den Zuzahlungsregelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- BMG (2010d). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse. 4. Quartal 2009, Stand: 14. April 2010.
- BMG (2010e). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 2. Quartal 2010, Stand: 21. September 2010.
- BMG (2010e). Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 2. Quartal 2010, Stand: 21. September 2010.
- BVA (2009). Bundesversicherungsamt. 5. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds vom 23.11.2009. Anlage 2 – Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen getrennt nach Versicherten- und Morbiditätsgruppen je Versicherten und Jahr.
- BVA (2010). Bundesversicherungsamt. Schätzerkreis. Gemeinsame Erklärung des Schätzerkreises der gesetzlichen Krankenversicherung vom 30. September 2010.
- Bornemann/Daumann (2006). Stefan Bornemann, Frank Daumann. Selbstbeteiligung durch Ansparen – Sind Medical Savings Accounts eine Reformoption für die Gesetzliche Krankenversicherung? In: Daumann/Okruh/Mantzavinos (Hrsg.). Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens. Festschrift für Peter Oberender zu seinem 65. Geburtstag, Budapest, S. 259 – 271. 2006.
- Drabinski (2008). Gesundheitsfonds ante portas. Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 12.

- Drabinski (2009a). Thomas Drabinski. Auswirkungen der Honorarreform auf die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein. Teilstudie 1: Veränderung der Honorarsituation des ersten Quartals 2009 im Vergleich zu den Vorjahren. Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 14.
- Drabinski (2009b). Thomas Drabinski. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument. Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 15.
- Drabinski (2010). Thomas Drabinski. Gesundheitsprämie im Modell Zahnmedizin. Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 16.
- Europäische Kommission (2010a). Gegenseitiges Informationssystem zur sozialen Sicherheit. Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz. Organisation der sozialen Sicherheit. Stand am 1. Januar 2010. Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit.
- Europäische Kommission (2010b). Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit. Sozialschutz und Soziale Eingliederung. Stand: Januar 2010.
- Felder/Werblow (2008). Stefan Felder, Andreas Werblow. A Physician Fee that Applies to Acute But Not to Preventive Care: Evidence From a German Deductible Program. Schmollers Jahrbuch 128. Berlin, S. 191–212.
- Giesen (2010). Richard Giesen. Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe Beiträge zum Gesundheitsmanagement 30, Baden-Baden.
- GKV-Schätzerkreis (2010). Schätztableau des GKV-Schätzerkreises. Schätzung vom 29./30. September 2010.
- GKV-Spitzenverbände (2005). Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Einnahmen zum Lebensunterhalt. 28. November 2005.
- Götze/Salomon (2009). Ralf Götze, Tina Salomon. Fair Fee: Eine einkommens- und morbiditätsadjustierte Zuzahlung für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Zeitschrift für Sozialreform. Stuttgart, S. 71–90
- Hartmannbund (2010). Konzept einer sozial orientierten Kostenerstattung mit Anreizstrukturen für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten.

- KBV (2009). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vertrag zum Wahltarif Kostenerstattung gem. § 53 Abs. 4 SGB V.
- KBV (2010a). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen im PKV-Basistarif. Rundschreiben D3-14/2010 vom 02.02.2010.
- KBV (2010b). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2010, Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Mannheim.
- RLP (2010). Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Modellvorhaben einer Kostenerstattung mit Selbstbehalt. Diskussionspapier.
- Klein (2004). Ronny Klein. Ansparen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung? DIW Berlin, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung Nr. 73/4, S. 510–521.
- Klein (2007). Ronny Klein. Krankensparverträge als Alternative zu herkömmlichen Krankenversicherungsformen. Hamburg.
- Knappe (2003). Eckhard Knappe. Selbstbeteiligung der Patienten als Finanzierungs- und Steuerungsinstrument. In: Albring/Wille (Hrsg.). Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen. Frankfurt am Main, S. 235–249.
- Monopolkommission (2010). Unterrichtung durch die Bundesregierung. Achtzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2008/2009. Deutscher Bundestag Drucksache 17/2600. 17. Wahlperiode, 22.07.2010. Zugeleitet mit Schreiben des Bundeskanzleramtes vom 22. Juli 2010 gemäß § 44 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen.
- OECD (2009). Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Gesundheit auf einen Blick 2009. OECD-Indikatoren.
- Pütz (2003). Claudia Pütz. Möglichkeiten von Selbstbehaltstarifen für die GKV: Eine ordnungspolitische und versicherungsbetriebswirtschaftliche Analyse. In: Klusen/Straub (Hrsg.). Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden, S. 62–88.

- Schmitz (2008). Hendrik Schmitz. Do Optional Deductibles Reduce the Number of Doctor Visits? Ruhr-Universität Bochum. Ruhr Economic Paper 76.
- Schreyögg (2003). Jonas Schreyögg. Medical Savings Accounts. Eine ökonomische Analyse von Gesundheitssparkonten unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssystems in Singapur. Baden-Baden.
- Schreyögg/Grabka (2008). Jonas Schreyögg, Markus M. Grabka. Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach. DIW Discussion papers 777.
- Spreemann (2004). Bernd Spreemann. Das „Persönliche Gesundheitskonto“ (GEKO): Ein neues Finanzierungsmodell zur Absicherung von Krankheitskosten in Deutschland. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. Stuttgart, S. 49–53.
- Stiftung Warentest (2010). Wahltarife Kostenerstattung und sonstige Privatabrechnungen. Stand: 01.06.2010.
- Thiemeyer (1971). Theo Thiemeyer. Das ärztliche Honorar als Preis im System der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit, 20. Jahrgang, S. 131–134.
- WIdO (2010). Klaus Zok. Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdO-monitor 2010 7/1, S. 1–12.
- Winkelmann (2004). Rainer Winkelmann. Co-payments for Prescription Drugs and the Demand for Doctor Visits: Evidence From a Natural Experiment. Health Economics 13, S. 1081–1089.
- von Maydell et al. (2010). Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar. Achtzehn Arztkontakte im Jahr: Hintergründe und Details. Gesundheitswesen aktuell 2010.

Dipl.-Volkswirt Dr. Thomas Drabinski

studierte Volkswirtschaftslehre und Politik an den Universitäten Gießen, Wolverhampton/England und Kiel. Dr. Drabinski leitet das Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA). Das IfMDA ist ein unabhängiges, frei finanziertes Institut. Lösungen des IfMDA verknüpfen Empirie und Analytik mit gesundheits-, steuer- und sozialpolitischer Expertise. Neben der Institutsleitung des IfMDA hält Dr. Drabinski als Lehrbeauftragter kontinuierlich Vorlesungen und Seminare zur Gesundheitspolitik und -ökonomie an der Universität Kiel am Institut für Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik ab. Dr. Drabinski engagiert sich in zahlreichen Vorträgen, Gesprächskreisen und in Anhörungen für eine nachhaltige und effiziente Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft. Aktuelle Forschungsprojekte beschäftigen sich u. a. mit der Gesundheitsprämie, der Kostenerstattung und der Zahnmedizin.

Impressum

Autor

Dr. Thomas Drabinski
Institut für Mikrodaten-Analyse IfMDA
Brandkuhle 11
24107 Kiel
www.ifmda.de
E-Mail: institut@ifmda.de

Redaktionelle Bearbeitung

Ulrike Scholderer, M.A., PVS / Verband

Realisierung

Reihenkonzept: Stefan Tilgner, M.A., PVS / Verband
Layout & Satz: FGS Kommunikation, Berlin
Grafik: FGS Kommunikation, Berlin
Repro & Druck: Königsdruck Berlin
Schrift: Emigre Tarzana, FF Quadraat
Papier: IGEP A Invercote, Munkun Premium Cream

© 2011

Eigenverlag des PVS / Verbandes
1. Auflage, Januar 2011
ISBN 978-3-9809893-8-1
Printed in Germany

Das Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) stellt in dieser Studie mit dem Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS) einen möglichen Paradigmenwechsel für die ambulante medizinische Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Es ist eine Weiterentwicklung des bisherigen Modells aus Zuzahlungen, Sachleistungsprinzip und der ambulanten Vergütungssystematik. An ihre Stelle tritt ein Konzept, das die Elemente Patientenquittung, Einzelleistungsvergütung und implizite Kosten-erstattung mit einer Solidargutschrift und einem Gesundheitskonto zu einem Gesamtkonzept verbindet. Das Versorgungsmodell zielt auf eine nachhaltige Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung. Richtschnur ist dabei das Prinzip der Patientensouveränität. Das VGS orientiert sich an Transparenz, Kostenkontrolle und mehr Eigenverantwortung der Versicherten und greift gleichzeitig politische Forderungen nach einem nachhaltigeren und einfacheren Vergütungssystem für Ärzte auf. Angesichts der Herausforderungen, vor denen die ambulante medizinische Versorgung steht, sind mutige neue Lösungsansätze unabdingbar. Das VGS ist ein solcher Lösungsansatz.

