

Modellprojekt Kostenerstattung

Konzept

- KV RLP "Konzept Kostenerstattung Modellregion Rheinland-Pfalz"

PDF, 146 KB

Ergebnis der Mitgliederumfrage

Kostenerstattung: 2460 positive Bewertungen
Sachleistungsprinzip: 683 positive Bewertungen

Thema spezial

- Ein großer Sprung - die Kostenerstattung in Rheinland-Pfalz

- KV-TV PRISMA "Arztbesuch auf Rechnung"
- "KV-TV PRAXIS ? Das Magazin" vom 19. Februar 2010
- "KV-TV PRAXIS ? Das Magazin" vom 5. Februar 2010
- "KV-TV PRAXIS ? Das Magazin" vom 8. Januar 2010

Fragen & Antworten

1. Wo soll das Geld herkommen?

Die Einnahmen der Krankenkassen werden unverändert durch Beiträge erhoben. Auf welcher Basis diese erhoben werden, ist letztendlich eine politische und gesetzgeberische Entscheidung. Ein Novum wäre hierbei allerdings, dass sich die bisherige gesetzliche Krankenversicherung in ihren Kalkulationen an denen der privaten Krankenversicherung orientieren müsste.

Patienten begleichen nach Rechnungsstellung mit Zahlungsziel selbst ihre Rechnungen ? analog zu den privat versicherten Patienten ? oder vereinbaren im Vorhinein eine Abtretungsregelung mit ihrer Krankenkasse. Patienten erhalten dann nur eine Rechnung zu Kontrollzwecken. Diese wird nach Freigabe durch den Patienten direkt von der Krankenkasse beglichen.

2. Wie wird dann weiter budgetiert bei gleichbleibenden finanziellen Mitteln?

Das Budget wird durch den Markt geregelt, da in diesem Modell eine sozialverträgliche, aber dennoch erkennbare Eigenbeteiligung des Versicherten unabdingbar ist. Diese kann z. B. durch Beitragsrückerstattungsmodelle als Anreizsystem realisiert werden. Die Krankenkassen müssen ihre Kalkulation auf der Basis von Inanspruchnahme durch die Versicherten und dafür aufgewendeten Kostenersatz tätigen. Dadurch wird die Mengensteuerung dahin zurück gegeben, wo sie ursprünglich auch sein muss, nämlich zum Versicherten.

Beim bisherigen Sachleistungsprinzip besteht für die Versicherten eher ein Anreiz zur Mengenausweitung, also zu einer höheren Konsultationszahl. Da das System eben dies aber nicht leisten kann, sind Restriktionen und Rationierungen sukzessive durch Streichung von Leistungen aus dem Leistungskatalog eingeführt worden und müssten auch weiter ausgedehnt werden.

3. Abrechnung über Kostenerstattung ist offensichtlich aufwändiger als das Sachleistungsprinzip: Wer garantiert, dass es bei diesem Verfahren letztendlich wirklich mehr Geld für den Arzt gibt? Bei der Abrechnung über Kostenerstattung geht es nicht darum, dass es mehr Geld für den Arzt gibt, sondern dass die erbrachte Leistung dann endlich mit einem dieser erbrachten Leistung auch angemessenen Honorar vergütet wird. Im Saldo wird dies zur Konsequenz haben, dass mit der Behandlung einer geringeren Anzahl von Patienten zumindest die gleichen Umsätze zu erzielen sind.

Es kann nicht das Ziel sein, in der Massenversorgung von Patienten immer weiter ein Hamsterrad anzutreiben, welches unter dem real existierenden Budget zu einer massiven Entwertung der einzelnen Leistung geführt hat.

Typisches Beispiel hierfür ist der Hausbesuch, für den aktuell 15,20 Euro vergütet wird ? insofern der Arzt sein Regelleistungsvolumen nicht schon überschritten hat. Die Rechnungsstellung und das Inkasso kann ohne Weiteres auf elektronischem Weg, z. B. mit der KV als Kassenstelle, mit relativ geringem Aufwand abgewickelt werden.

4. Es wurde ein Konzept für ein "Modellprojekt Kostenerstattung" aufgelegt. Wie sieht dieses aus? Das Konzept finden Sie oben auf dieser Seite zum Herunterladen.

5. Wird die KV RLP eine Auswertung des Umfrageergebnisses zur Verfügung stellen? Ja. Eine Auswertung erfolgt u. a. unter den Aspekten hausärztlicher/fachärztlicher Bereich so wie nach Region.

6. Im Schreiben wird auf erste größere Korrekturen bei der Honorarreform 2009 zum 1. April 2010 hingewiesen. Was genau an Korrekturen ist vorgesehen? Es wird zu einer Absenkung bzw. zu einer Quotierung der sogenannten freien Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kommen ? sofern die Krankenkassen endgültig zustimmen. Dies würde zu einer im Durchschnitt sechszehntigen Erhöhung der Regelleistungsvolumina innerhalb der fachärztlichen und zu einer Erhöhung von ca. 1,5 Prozent innerhalb der hausärztlichen Versorgungsgemeinschaft führen. Nähere Informationen hierzu auch in ?KV-TV PRAXIS ? Das Magazin vom 8. Januar 2010. Den Link auf diese Ausgabe finden rechts oben auf dieser Seite.

7. Soll es bei der Kostenerstattung ähnlich wie beim Vertrag BKKArztPrivat eine gemeinsame Abrechnungsstelle geben? Als Abrechnungsstelle bieten sich verschiedene Anbieter an. Das wären einerseits die Kassenärztliche Vereinigung und die privatärztlichen Verrechnungsstellen. Eine gemeinsame Abrechnungsstelle mit den Krankenkassen selbst ist im Prinzip nicht vorgesehen, wäre aber im Sinne einer Abtretungsregelung denkbar.

8. Wie wird das Inkasso gehandhabt?

Analog der Vorgehensweise in der privaten Krankenversicherung.

9. Wie werden Patienten aus anderen KV-Bezirken abgerechnet?

Im Rahmen eines auf Rheinland-Pfalz beschränkten Modellprojekts würden Patienten aus anderen KV-Bezirken wie bisher über die GKV abgerechnet werden.

10. Gibt es überhaupt eine Chance auf Umsetzung, wenn die Kassen nicht mitmachen?

Sollten sich keine Kassen im Bereich der KV RLP finden, die eine Umsetzung mittragen würden, dann besteht durchaus eine Chance nach der Neubesetzung des Bundesgesundheitsministeriums. Dessen verantwortlicher Minister Dr. Philipp Rösler gehört bekanntermaßen einer Partei an, die die Kostenerstattung in ihrem Wahlprogramm propagiert.

Allerdings muss klar sein, dass hier eine entsprechend längere Zeitachse zur Umsetzung als realistisch eingeschätzt werden muss. Diese Zeit muss von uns für eine Aufklärung der Patienten genutzt werden, um die von Teilen der Politik und den Krankenkassen geschürte Angst vor der Kostenerstattung zu nehmen.

11. Sollen Patienten in Vorlage treten? Wenn ja: Aufhebung des Solidarprinzips und Ausbau der Zweiklassengesellschaft?

Wer es sich finanziell leisten kann, kann durchaus in Vorlage treten. Ansonsten sind Abtretungsregelungen denkbar. Entscheidendes wichtiges Element zum Erhalt bzw. Wiederherstellen des Solidarprinzips ist eine Forderung nach einer sozialverträglichen Eigenbeteiligung. Diese soll eine steuernde Wirkung in Richtung Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen haben.

Das Solidarprinzip bedeutet auch, dass ärztliche Zeit und medizinische Ressourcen auch demjenigen wieder zur Verfügung stehen sollten, der aufgrund seines Krankheitsbildes einen begründeten Anspruch darauf hat. Der Ausbau einer Zweiklassengesellschaft wird faktisch unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips vorangetrieben. Denn ein Nebeneinander von Sachleistung im GKV-Bereich und der Einzelleistungsvergütung im Privatversicherten-Bereich führt unzweifelhaft im Bereich der elektiven Versorgung zu einem Schwergewicht in den Bereich der Privatversicherten hinein.

12. Macht der Vorstand mit der Veröffentlichung des Konzepts zur Kostenerstattung nicht bloß Wahlpropaganda?

In vielen Veranstaltungen haben Mitglieder dem Vorstand immer wieder die Forderung nach einem Kostenerstattungssystem entgegengebracht. Der Vorstand hat dies zum Anlass genommen, bei der Basis eine grundsätzliche Meinungsabfrage nun einmal tatsächlich durchzuführen, um vom Umfrageergebnis das weitere Handeln in diesem Thema abzuleiten. Von Wahlpropaganda kann also keinesfalls die Rede sein.

13. Wie hoch wird der Steigerungssatz? 1,0?

Der Steigerungssatz sollte so bemessen sein, dass die jeweilige Leistung unter betriebswirtschaftlichen Bedingungen adäquat erbracht werden kann.

14. Können Privatrezepte auch für Heil- und Hilfsmittel ausgestellt werden? Wie sieht die Regressgefahr für die Kosten dieser Privatrezepte aus?

Die Folge einer Umstellung würde ebenfalls bedeuten, dass jegliche Form der Regressgefahr im Bereich der Verordnung auszuschließen wäre, da die Leistung im Verordnungsbereich letztlich Vertragsinhalt zwischen Versicherer und Versichertem ist ? analog zum jetzigen Privatversicherten-Bereich.