

## **Antrag**

**der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Iris Gleicke, Angelika Graf (Rosenheim), Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD**

### **Patientenschutz statt Lobbyismus – Keine Vorkasse in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Bundesregierung plant eine drastische Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wer genug Geld im Portemonnaie hat, um seine Arztrechnung per Vorkasse zahlen zu können, wird in Zukunft bevorzugt behandelt werden. Damit macht die schwarz-gelbe Bundesregierung weiter mit ihrer unverhohlenen Lobbypolitik. Jetzt werden nach der privaten Krankenversicherung und der Pharmaindustrie die niedergelassenen Fachärzte beschenkt, die sich schon lange die Kostenerstattung gewünscht haben. Ihr Ziel ist es, sich den Verträgen, Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen zu entziehen. Vor allem aber lockt die Chance, den Patientinnen und Patienten mit einer Privatrechnung direkt ins Portemonnaie zu greifen.

Das Resultat wird eine Dreiklassenmedizin sein, bei der privat versicherte Patienten erster Klasse sein sollen, gefolgt von allen gesetzlich Krankenversicherten, die es sich leisten können, die Kostenerstattung zu wählen. Am Ende stehen dann die „normalen“ gesetzlich Krankenversicherten, die das geringste Honorar versprechen und deshalb z. B. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Die geplanten Änderungen belasten nicht nur die Patientinnen und Patienten mit überhöhten Gebühren und Leistungen, die von den Krankenkassen nicht ersetzt werden, sondern sie führen auch zu einem Bürokratieaufbau bei den Krankenkassen und zu nicht abschätzbaren Mehrkosten, da Wirtschaftlichkeitsprüfungen und andere Kontrollen zumindest erschwert werden.

Am Ende sind wieder einmal die gesetzlich Versicherten die Dummen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. keine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen,
2. am Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung festzuhalten.

Berlin, den 26. Oktober 2010

**Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion**

## Begründung

Für Patientinnen und Patienten wird die Versorgung teurer, schlechter und ungerechter

Eine Kostenerstattung macht es für die Patientinnen und Patienten teurer, denn sie bezahlen an den Arzt per Vorkasse dasselbe Honorar wie Privatversicherte. Ihre gesetzliche Krankenkasse erstattet ihnen aber nur das geringere Kassenhonorar. Die Mehrkosten müssen von den Patientinnen und Patienten aus der eigenen Tasche gezahlt werden, obwohl sie die Sachleistung bereits mit ihrem Krankenversicherungsbeitrag bezahlt haben. Neben der Beitragssatzsteigerung um 0,3 Prozentpunkte zum 1. Januar 2011, den nach oben offenen Zusatzbeiträgen und der alleinigen Belastung mit zukünftigen Ausgabensteigerungen wird den Patientinnen und Patienten eine weitere einseitige und ungerechte Belastung zugemutet.

Wegen der höheren Honorare, die sie im Rahmen der Kostenerstattung bekommen, haben Ärztinnen und Ärzte ein großes Interesse daran, dass viele ihrer Patientinnen und Patienten per Vorkasse bezahlen. Daraus entstehen für Ärztinnen und Ärzte Anreize, Patientinnen und Patienten unter Druck zu setzen, die Kostenerstattung zu wählen. Als Druckmittel eignet sich z. B. eine schnelle Terminvergabe. Wer per Vorkasse zahlt wird schnell behandelt. Alle anderen müssen sich hinten anstellen und warten. Zudem besteht die Gefahr, dass kranke Menschen, die die Kostenerstattung gewählt haben, notwendige Arztbesuche verschieben, weil ihnen das Geld für die Vorkasse fehlt. Das kann ihr Leiden verlängern, verschlimmern und die Behandlung am Ende zudem noch teurer machen.

Während die Krankenkassen bei ihren Vertragsverhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Standards für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung festlegen können, stehen die Patientinnen und Patienten bei der Kostenerstattung alleine da. Sie können in der Regel nicht beurteilen, ob eine bestimmte diagnostische oder therapeutische Maßnahme erforderlich ist, ob sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht wurde oder ob sie wirtschaftlich erbracht wurde. Den gesetzlichen Krankenkassen sind ebenfalls die Hände gebunden, denn bei Vorkasse und Kostenerstattung entfällt die sonst mögliche Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Eine Konsumentensouveränität im Behandlungszimmer ist eine Illusion

Ein kranker Mensch kann über die Behandlung mit seiner Ärztin oder seinem Arzt nicht verhandeln. Er ist darauf angewiesen, dass er schnell einen Termin bekommt und dann richtig behandelt wird. Er soll nicht damit rechnen müssen, unnötige Leistungen zu erhalten, weil sie der Ärztin oder dem Arzt Geld einbringen. Und er soll nicht damit rechnen müssen, lange auf einen Termin warten zu müssen, wenn er nicht privat versichert ist oder die Kostenerstattung gewählt hat. Hinter dem von CDU/CSU und FDP gerne gemalten Bild vom angeblich so souveränen und selbstbewussten Kunden im Sprechzimmer steckt in Wirklichkeit ein Freibrief, um kranke Menschen schröpfen zu können.

Die Rechnung für die Vorkasse spart kein Geld

Auch das häufig angeführte Argument, dass die Rechnung für die Vorkasse zu mehr Transparenz führen würde und die Patientinnen und Patienten sich in der Folge sparsamer verhalten würden, geht fehl. Zum einen wäre es dazu nicht erforderlich, das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Vorkasse zu unterminieren. Denn auch bisher gibt es für Kassenpatientinnen und -patienten schon die Möglichkeit, nach jedem Arztbesuch oder nach Ende des Quartals eine Patientenquittung mit den abgerechneten

Leistungen und den dafür gezahlten Honoraren zu erhalten. Das Interesse daran ist allerdings sehr gering.

Zum anderen müsste sich ein Erfolg dieses Systems in der privaten Krankenversicherung beobachten lassen. Die privaten Versicherer wollen jedoch stattdessen lieber heute als morgen weg von dem teuren Prinzip der Vorkasse und der Kostenerstattung, weil sich ihre Rolle dabei auf eine reine Zahlstelle beschränkt, ohne dass sie irgendeinen Einfluss auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen haben. Nicht umsonst steigen die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für ambulanten Behandlung rund doppelt so schnell wie die der gesetzlichen Krankenkassen.

Die privaten Krankenversicherungen werden mit einem neuen Geschäftsfeld beschenkt

Die privaten Krankenversicherungen sollen nach den Plänen der Koalition der CDU/CSU und FDP in Zukunft den Patientinnen und Patienten spezielle Zusatzversicherungen anbieten, damit sie sich gegen die bei der Vorkasse drohenden Mehrkosten absichern können. Für die privaten Versicherungen lockt ein neues und lohnendes Geschäftsfeld. Wer schon krank ist oder Vorerkrankungen hat, dürfte sich diese Zusatzversicherung kaum leisten können. Für die Patientinnen und Patienten, die es sich leisten können, bleibt die Wahl, ob sie lieber auf den Mehrkosten der Vorkasse sitzen bleiben oder die Zusatzversicherung bezahlen wollen. Wer beides nicht bezahlen kann, bleibt auf der Strecke. Das ist Lobbypolitik für Besserverdiener, bei der unsere solidarische Krankenversicherung systematisch zerstört wird.

Die Ärzte tragen das Inkassorisiko

Ob die Ärztinnen und Ärzte am Ende mit der so lange ersehnten Vorkasse glücklich werden, ist zudem offen. Denn während die Honorare von den gesetzlichen Krankenkassen verlässlich und sicher fließen, tragen die Ärztinnen und Ärzte bei der Kostenerstattung selber das Inkassorisiko, wenn Patientinnen oder Patienten nicht bezahlen. Ein höheres Ausfallrisiko bei ärmeren Patientinnen und Patienten wird dazu führen, dass sich noch mehr Ärztinnen und Ärzte dort ansiedeln, wo Gutverdiener leben, während Regionen und Stadtteile mit ärmeren Bevölkerungsgruppen zunehmend schlechter versorgt werden.

