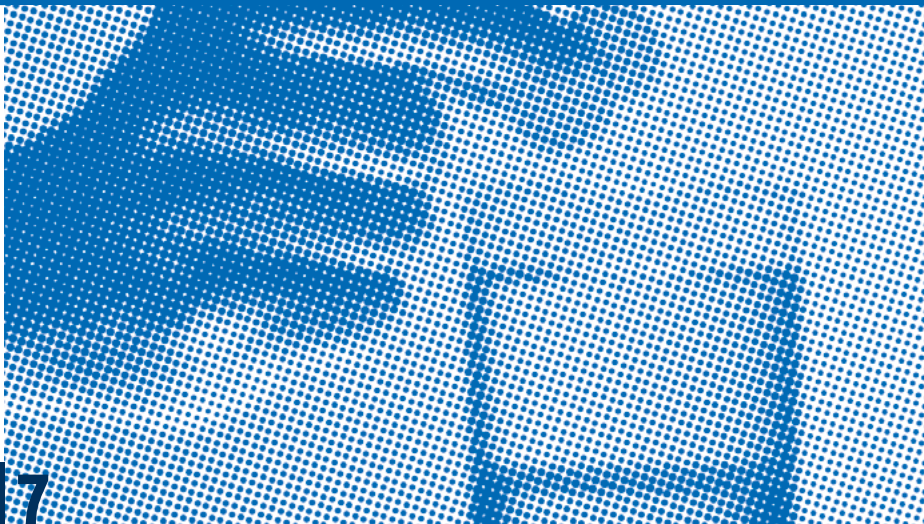


1. Auflage
Berlin 2008

Schriftenreihe
Band 7



Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenver- sicherung

Eine Bestandsaufnahme



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

1. Auflage
Berlin
2008

Schriftenreihe
Band 7

| 7

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenver sicherung

Eine Bestandsaufnahme



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Vorwort des Herausgebers

Der Regierungsentwurf zur jüngsten Gesundheitsreform ...

sah vor, dass gesetzlich Krankenversicherte in jedem einzelnen Behandlungsfall ohne vorherige bürokratische Hürden entscheiden können sollten, ob sie medizinische Leistungen als Sachleistung oder im Kostenerstattungsverfahren in Anspruch nehmen möchten. Übrig blieb im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens lediglich eine Flexibilisierung der bisherigen Kostenerstattungsregelungen. Seit April 2007 kann sich der Versicherte in einzelnen Versorgungsbereichen für die Kostenerstattung entscheiden. Die obligate Beratung durch die Krankenkassen entfällt. Nach wie vor muss der Versicherte jedoch Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen hinnehmen. Als wegbereitend für eine höhere Akzeptanz der Kostenerstattung bei den Versicherten können sich die Wahltarife erweisen. Der Gesetzgeber ermöglicht den Krankenkassen Tarife anzubieten, in denen die Behandlungskosten über die im Sachleistungstarif kalkulierten ärztlichen Honorare hinausgehend erstattet werden können. Insgesamt wird mit der Gesundheitsreform die Kostenerstattung zaghaft gestärkt – ohne aber vom Primat der Sachleistung als Abrechnungsmodell für medizinische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abzuweichen.

Die Kostenerstattung kann im deutschen Gesundheitswesen auf eine wechselvolle Geschichte zurückblicken. Ursprünglich war diese Option allein freiwillig Versicherten der Ersatzkassen vorbehalten. Das Gesundheitsreformgesetz führte 1989 ein generelles Wahlrecht zur Kostenerstattung für die Bereiche Kieferorthopädie und Zahnersatz ein. 1993 erweiterte das Gesundheitsstrukturgesetz die Möglichkeit zur Kostenerstattung zwar auf alle Leistungsbereiche, grenzte aber

gleichzeitig die Pflichtversicherten aus. Das GKV-Neuordnungsgesetz korrigierte 1997 diese Einschränkung. Die Kostenerstattung stand nun allen Versicherten als Option offen. Der folgende Regierungswechsel bedeutete einen Kurswechsel: mit dem Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform wurde im Jahr 2000 den Pflichtversicherten die Kostenerstattungsoption wieder entzogen. 2004 wurde der allgemeine Anspruch auf Kostenerstattung für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dann reimplementiert – allerdings „strafbewehrt“, denn die Versicherten müssen Kürzungen des Erstattungsbetrages für Verwaltungsgebühren hinnehmen.

Der PVS/Verband sieht in der Kostenerstattung in Verbindung mit Selbstbehaltregelungen ein angezeigtes Mittel, um der bedrohlichen Finanzlage des Gesundheitswesens entgegenzutreten. Nur wenn die Patienten die Kosten für ihre Behandlungen kennen, können sie eigenverantwortlich und verantwortungsbewusst mit den Ressourcen der Solidargemeinschaft umgehen. Wie wenig die Versicherten tatsächlich über die Höhe von Behandlungskosten wissen, hat das Institut für Mikrodatenanalyse im vergangenen Jahr ermittelt. Während die Versicherten die Kosten einzelner Leistungen deutlich überschätzen, unterschätzen sie die Lebenszykluskosten ebenso deutlich – im Durchschnitt um 65 Prozent. Kostenerstattung bringt die notwendige Transparenz in das medizinische Leistungsgeschehen und macht aus Leistungsempfängern aktiv in das Behandlungsgeschehen eingebundene Patienten. Grundlage dieser Einschätzung der Kostenerstattung ist nicht zuletzt unsere Erfahrung mit unseren Patienten.

Die Kostenerstattung ist und bleibt umstritten. Sie ist Chiffre politischer Lager geworden, und während in den ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen die positive Bewertung überwiegt, spaltet die Haltung zur Kostenerstattung die gesetzlichen Krankenversicherungen in Lager. Wir wollen den Dialog zu dieser gesundheitspolitischen Grundsatzfrage fördern. Deshalb haben wir Wissenschaftler, Leistungserbringer, gesetzliche Krankenversicherungen und Politiker aller Couleure eingeladen, ihre Positionen vorzustellen. Um so bedauerlicher

ist es, dass weder aus der SPD-Bundestagfraktion, noch von der Linken unser Angebot angenommen wurde. So fehlen zwei Farben des politischen Spektrums. Dennoch sind wir zuversichtlich, mit dieser Zusammenstellung einen wertvollen Beitrag zur sachlichen Diskussion leisten und neue Denkanstöße vermitteln zu können.

Dr. med. Jochen-Michael Schäfer
Erster Vorsitzender PVS/Verband
Berlin, im April 2008

Inhalt

	Vorwort des Herausgebers · · · · ·	3
1	Kostenerstattung aus Sicht der Wissenschaft · · · · ·	9
1.1	DR. THOMAS DRABINSKI Zur Zukunft eines flächendeckenden Kostenerstattungssystems · · · · ·	10
1.2	PROF. DR. MICHAEL EILFORT Kostenerstattung – ein Baustein einer umfassenden marktwirtschaftlichen Gesundheitsreform · · · · ·	49
1.3	PROF. DR. GERD HABERMANN Der große Widerspruch · · · · ·	54
1.4	WOLFGANG MÜLLER & FREDERIK CYRUS RÖDER Von den Privaten lernen – für ein allgemeines Kostenerstattungsprinzip · · · · ·	58
1.5	PROF. DR. WOLF SCHÄFER Die Zukunft gehört der Kostenerstattung · · · · ·	63
1.6	PROF. DR. DR. CHRISTIAN SCHERER Kostenerstattung – eine Übersicht · · · · ·	85
2	Kostenerstattung aus Sicht der Politik · · · · ·	119
2.1	DANIEL BAHR, MDB Das Kostenerstattungsprinzip sorgt für Transparenz und setzt Anreize für Eigenverantwortung · · · · ·	120
2.2	BIGGI BENDER, MDB Kostenerstattung in der GKV – viele Defizite verhindern ihre Ausweitung · · · · ·	128
2.3	DR. ROLF KOSCHORREK, MDB Kostenbewusstsein entsteht nicht automatisch durch Kostenerstattung · · · · ·	135
2.4	ANNETTE WIDMANN-MAUZ, MDB Kostenerstattung ist auf Dauer ohne Alternativen · · · · ·	142

3	Kostenerstattung aus Sicht der Leistungserbringer	151
3.1	DR. MED. KLAUS BITTMANN Kostenerstattung	152
3.2	DR. MED. DENT. JÜRGEN FEDDERWITZ Kostenerstattung in der GKV – erprobt und zukunftsicher	155
3.3	PROF. DR. MED. JÖRG-DIETRICH HOPPE Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Für und Wider	166
3.4	THOMAS PREIS Kostenerstattung im Gesundheitswesen aus Apothekensicht	174
3.5	DR. MED. JÖRG-A. RÜGGERBERG Kostenerstattung – Alternative zur Rationierung	181
3.6	HELGE RÜHL Sachleistungssystem vs. Kostenerstattung	192
3.7	DR. DOMINIK GRAF VON STILLFRIED Neue Impulse für die Kostenerstattung durch das Wettbewerbs-Stärkungsgesetz	201
3.8	STEFAN TILGNER Kostenerstattung oder die „Echternacher Sprungprozedur“ im Gesundheitswesen	219
4	Kostenerstattung aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung	227
4.1	INGO KAILUWEIT Kostenerstattung – eine Frage des Prinzips	228
4.2	PROF. DR. NORBERT KLUSEN Kostenerstattung in der GKV – eine Bestandsaufnahme	236
4.3	RALF SJUTS Kostenerstattung in der GKV – Chance oder Risiko?	241
5	Die Autoren	249
	Impressum	260

| 1

Kostenerstattung aus Sicht der Wissenschaft

| 1.1

Zur Zukunft eines flächendeckenden Kostenerstattungssystems

Dr. Thomas Drabinski

1.1.1 Ausgangslage

In der gesundheitspolitischen Diskussion sind Mythen üblich. Gerade auch der Begriff der Kostenerstattung unterliegt einer strengen Mythologisierung. Befürworter heben Argumente der Transparenz und der Eigenverantwortlichkeit hervor. Kritiker argumentieren mit Inhalten der angebotsinduzierten Nachfrage.

Mit diesem Beitrag sollen Vor- und Nachteile der Kostenerstattung nicht weiter diskutiert werden. Vielmehr soll ein progressiver Ansatz gewählt werden, mit dem der Frage nachgegangen wird, nach welchen Regeln und mit welchen Inhalten ein flächendeckendes Kostenerstattungssystem konstruiert sein müsste, um Teil eines dauerhaften, funktionsfähigen Gesundheitssystems zu sein.

Zur Darstellung wird eine politökonomische, gesamtgesellschaftliche Perspektive über die unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung gewählt.

Im Anhang wird zudem näher auf die derzeitigen, durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ausgelösten Entwicklungen eingegangen, welche zukünftig die Umsetzung eines flächendeckenden Kostenerstattungssystems vermutlich erschweren dürften.

1.1.2 Definition

Die Kostenerstattung ist in Deutschland eine Strukturkomponente der PKV, umfasst aber auch beihilfefähige Personen

(Beamte und Pensionäre), einschließlich Kinder und mitversicherte Ehepartner.

Mit Ausnahme der Abrechnung stationärer Leistungen (DRG-Fallpauschalierung) werden über die Kostenerstattung die Zahlungsströme der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Produkten abgewickelt, die außerhalb der GKV stattfinden: Der Patient wird mit medizinischen Leistungen und Produkten versorgt. Dabei hat die medizinische Versorgung einen über eine Gebührenordnung oder einen über ein Preisverzeichnis definierten Euro-Wert, aus dem sich der Rechnungsbetrag ergibt.

Der Patient bekommt die Rechnung ausgehändigt. Diese Rechnung hat der Patient, wie alle anderen Rechnungen aus seiner Lebensführung, zu begleichen. Üblicherweise reicht der Patient die Rechnung zeitgleich an seine private Krankenkasse weiter, die ihm im Ausmaß seines Versicherungsschutzes die entstandenen Kosten voll oder anteilig erstattet.

Konstituierend für die Kostenerstattung ist dabei, dass der Rechnungsbetrag in Euro ausgewiesen und dem Patienten als Rechnung ausgehändigt wird.

Im Unterschied dazu kommt das Sachleistungsprinzip der GKV ohne Rechnungen für den Patienten aus. Der Patient wird mit medizinischen Leistungen und Produkten versorgt. Nach Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung bekommt der Patient weder Zusammensetzung noch Höhe der vom Arzt, vom Apotheker oder von einem anderen Leistungserbringer abgerechneten Leistungen zu sehen. Eine Ausnahme liegt dann vor, wenn der Patient z.B. eine Patientenquittung (ambulante Versorgung) anfordert. Von der Anforderung einer Patientenquittung wird praktisch kein Gebrauch gemacht.

Zusammenfassend ist die Kostenerstattung ein Prinzip, mit dem die leistungs- und finanzmäßige Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringer, Versichertem und Kostenträger in Euro abgewickelt werden kann.

1.1.3 Zukunftskonzept

1.1.3.1 Einleitung

Eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung für die bundesdeutsche Bevölkerung ist nicht unmöglich, aber auch nicht trivial. Im Folgenden soll deshalb diskutiert werden, welche Rahmenbedingungen ordnungspolitisch erfüllt sein müssten, um ein funktionsfähiges Kostenerstattungssystem flächendeckend implementierbar zu machen.

In Abbildung 1 wird über neun Rubriken hinweg ein Überblick für die Spezifikation eines zukünftigen, flächendeckenden Kostenerstattungssystems dargestellt.

Versorgungsbereiche	ambulante Versorgung	stationäre Versorgung	integrative Versorgung	Arznei- und Hilfsmittel
Leistungskatalog	Leistungsausschlüsse nur auf Grundlage wohl definierter und wissenschaftlich abgesicherter Kriterien			
Gebührenordnung	Grundsatz: einheitliches Preissystem in Euro; (regionaler) Preiswettbewerb auf Grundlage symmetrischer Verhandlungspositionen			
Mengenvereinbarung	keine Mengenvereinbarung notwendig; Selbststeuerungskräfte bewirken optimale Menge			
Qualitätsstandards	Qualitätsstandards sind nur bedingt notwendig; Selbststeuerungskräfte bewirken Qualitätswettbewerb			
Zahlungssystem	einheitlich 10 Prozent auf alle Leistungen; bisherige GKV-Zahlungssysteme (z.B. Praxisgebühr) entfallen			
sozialer Ausgleich	Belastungsgrenzen sichern die Einkommensunabhängigkeit der medizinischen Versorgung			
Vertragsmodalitäten	Krankenkassen bieten differenzierte Verträge zu unterschiedlichen Vertragsmodalitäten an			
Solidargemeinschaft	Solidargemeinschaften ergeben sich aus der Finanzierung der Krankenkassen und werden vom Gesetzgeber definiert			

Abbildung 1

In den folgenden Abschnitten werden diese neun Rubriken beschrieben. Ziel der Darstellung ist es, einen Diskussionsansatz zu entwickeln, der die flächendeckende Umsetzung eines bundesweiten Kostenerstattungssystems ermöglicht.

Die Darstellung der einzelnen Rubriken ist bewusst allgemein gehalten, um den Blick auf den Gesamtzusammenhang und nicht zu sehr auf Details zu lenken. Die Ausführungen verstehen sich deshalb als Diskussionsrahmen für weitere Ausarbeitungen und Untersuchungen.

1.1.3.2 Versorgungsbereiche

In Abbildung 1 sind unter der ersten Rubrik die Versorgungsbereiche dargestellt, für die eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung im deutschen Gesundheitssystem erfolgen kann.

Die Gesundheitsversorgung lässt sich in vier Bereiche unterteilen: (1) ambulante Versorgung, (2) stationäre Versorgung, (3) integrative Versorgung und (4) Arznei- und Hilfsmittelversorgung.

Die ambulante Versorgung ist primär im niedergelassenen Bereich angesiedelt, wird zum Teil aber auch in stationären Einrichtungen erbracht. Zur ambulanten Versorgung zählen z.B. die Bereiche Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Orthopädie, Labor und Zahnheilkunde.

Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ist die stationäre Versorgung dadurch charakterisiert, dass der Patient zur medizinischen Versorgung über Nacht in der stationären Einrichtung verbleibt.

Integrative Versorgungsformen sind durch ein überdisziplinäres und/oder übersektorales Versorgungsgeschehen gekennzeichnet. Beispiele sind Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung. Beim überdisziplinären Versorgungsgeschehen koordinieren verschiedene Heilrichtungen, z.B. Allgemeinmedizin und Orthopädie, gemeinsam die ambulante Versorgung des Patienten. Das übersektorale Versorgungsgeschehen ist vor allem durch eine Koordinierung des

Versorgungsgeschehens zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen gekennzeichnet.

Die Arznei- und Hilfsmittelversorgung kann als vierter Bereich der Gesundheitsversorgung zusammengefasst werden. In diesem Bereich werden Produkte zur Verwendung am und im Patienten bereitgestellt.

Die Umsetzung einer flächendeckenden Kostenerstattung kann für alle oder für einzelne Versorgungsbereiche erfolgen. Nach Abgleich mit den Rubriken zwei bis neun wird sich zeigen, dass prinzipiell keine Notwendigkeit für eine Einschränkung der Kostenerstattung auf einzelne Versorgungsbereiche besteht.

1.1.3.3 Leistungskatalog

Die zweite Rubrik in Abbildung 1 umfasst den Leistungskatalog, der über die vier Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären, integrativen und Arznei- und Hilfsmittelversorgung den Patienten bereitgestellt wird.

Eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung ist mit oder ohne Leistungsausschlüsse möglich. Allerdings sind Leistungsausschlüsse das Charakteristikum eines regulierten Gesundheitssystems, in dem der Gesetzgeber bewusst und primär aus Kostengesichtspunkten Rationierungsentscheidungen für bzw. gegen den Patienten trifft, ohne dass der Patient selbst ein Mitspracherecht hat.

Gesundheitspolitische Rationierungsentscheidungen sollten sich deshalb nur auf diejenigen Produkte und Leistungen beschränken, für die entweder eine negative individuelle oder negative gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Relation abgeleitet werden kann.

D.h. eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung umfasst als Leistungskatalog zunächst alle denkbaren medizinischen Leistungen und Produkte. Für Leistungsausschlüsse sind wohl definierte und wissenschaftlich begründete Kriterien notwendig.

1.1.3.4 Gebührenordnung

In der dritten Rubrik von Abbildung 1 wird auf die Gebührenordnung eingegangen. Eine Gebührenordnung ist das Preissystem für medizinische Leistungen und Produkte. Notwendige Bedingung für eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung ist, dass Leistungen und Produkte auf den Rechnungen mit einem Euro-Wert ausgewiesen werden.

Der Euro-Wert kann bundesweit einheitlich über eine amtliche Gebührenordnung festgelegt sein. Er kann sich aber auch aus regionalen oder anderen Gebührenordnungen und -vereinbarungen und Preissystemen ergeben, die zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbart werden.

Dennoch kommt es auf die Kriterien an, nach denen eine nicht bundesweit einheitliche Euro-Gebührenordnung zustande kommt. Beim Zustandekommen ist auf symmetrische Verhandlungspositionen und Informationsgrundlagen von Kostenträger, Leistungserbringer und Industrie zu achten, wodurch das Ausnutzen einer einseitigen Verhandlungsmacht oder eines einseitigen Informationsvorsprungs ausgeschlossen oder begrenzt sein sollte.

1.1.3.5 Mengenvereinbarung

Nicht notwendig für ein flächendeckend funktionsfähiges Kostenerstattungssystem sind Mengenvereinbarungen oder Mengenbegrenzungen für medizinische Leistungen und Produkte (vierte Rubrik von Abbildung 1).

Vor allem im Zusammenspiel mit einer funktionsfähigen Euro-Gebührenordnung (dritte Rubrik in Abbildung 1), dem Zuzahlungssystem (sechste Rubrik in Abbildung 1) und dem sozialen Ausgleich (siebte Rubrik von Abbildung 1) kann es über die Selbststeuerungskräfte zu einer optimalen Menge an nachgefragten medizinischen Leistungen und Produkten kommen. Sind diese Komponenten in Bezug auf die Anreizsysteme adäquat ausgestaltet, können sich die gesundheitspolitischen Befürchtungen einer Benachteiligung der Patienten

bezüglich einer angebotsinduzierten Nachfrage als nicht begründbar erweisen.

1.1.3.6 Qualitätsstandards

In der fünften Rubrik von Abbildung 1 sind Qualitätsstandards dargestellt. Auch bei den Qualitätsstandards kann auf die Selbststeuerungskräfte der angebotenen Leistungen und Produkte vertraut werden.

Denn eine funktionsfähige Euro-Gebührenordnung (dritte Rubrik in Abbildung 1), das Zuzahlungssystem (sechste Rubrik in Abbildung 1) sowie der soziale Ausgleich (siebte Rubrik in Abbildung 1) in Verbindung mit der freien Wahl von Leistungserbringern und Produkten wirkt dahingehend, dass sich die beste medizinische Qualität durchsetzen wird.

Dennoch sollten Qualitätsstandards über Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet und unterstützt werden. Hier sind allerdings weniger der Gesetzgeber als vielmehr Kostenträger, Leistungserbringer(verbände) sowie öffentliche und private Informationssysteme gemeinsam gefragt.

1.1.3.7 Zuzahlungssystem

Ein wichtiger Bestandteil für eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung im deutschen Gesundheitssystem wäre ein bundesweit einheitlich geregeltes Zuzahlungssystem (sechste Rubrik in Abbildung 1). Das Zuzahlungssystem ist ein Anreizsystem für Versicherte und Patienten.

Den Rahmen für ein bundesweit einheitlich geregeltes Zuzahlungssystem müsste der Gesetzgeber schaffen. Ausgangspunkt der Überlegungen könnte eine einheitliche Zuzahlung auf alle Leistungen und Produkte in Höhe von 10 Prozent der abgerechneten Kosten sein. Eine einheitliche Zuzahlung würde immer dann anfallen, wenn es keine weiteren Vereinbarungen zwischen Versicherten, Kostenträgern und Leistungserbringern gibt.

Da ein solches Zuzahlungssystem aus Gerechtigkeitsgründen mit einem sozialen Ausgleich (vgl. siebte Rubrik in Abbil-

derung 1) verknüpft werden müsste und würde, käme es zu keiner Ausgrenzung einkommensschwacher Personen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Produkte.

Bisherige Zuzahlungssysteme der GKV (z.B. Praxisgebühr oder Tagespauschalen in der stationären Versorgung) würden entfallen.

1.1.3.8 Sozialer Ausgleich

In der siebten Rubrik der Abbildung 1 wird der soziale Ausgleich dargestellt. Ohne einen sozialen Ausgleich wäre die flächendeckende Umsetzung eines Kostenerstattungssystems nicht möglich. Der soziale Ausgleich soll im Zusammenhang mit dem Zuzahlungssystem bewirken, dass keine Person aufgrund ihrer Einkommenssituation von medizinischen Leistungen und Produkten ausgeschlossen wird. Damit wäre dann auch die Bedingung der Einkommensunabhängigkeit erfüllt, die besagt, dass Art und Umfang einer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Produkten nicht von der Einkommenssituation der Patienten abhängig sein sollte.

Der soziale Ausgleich kann von der Struktur her an die derzeit gültige Belastungsgrenze des SGB V angepasst werden, wonach der jährliche Zahlbetrag, der durch Zuzahlungen ausgelöst wird, einen bestimmten Prozentsatz vom Familieneinkommen nicht übersteigen darf. Dieser Prozentsatz müsste vom Gesetzgeber nach sozialen Kriterien festgelegt werden, könnte beispielsweise zwischen 1 und 10 Prozent des Familieneinkommens liegen.

Wäre beispielsweise das jährliche Familieneinkommen 30.000 Euro und die Belastungsgrenze 3 Prozent, so müsste die Familie in einem Jahr Zuzahlungen von höchstens 900 Euro leisten. Wäre der einheitliche Zuzahlungsprozentsatz auf alle Leistungen und Produkte 10 Prozent, so würden dem maximalen Zuzahlungsbetrag von 900 Euro medizinische Leistungen und Produkte im Gegenwert von 9.000 Euro oder mehr gegenüberstehen, die von den Familienmitgliedern in Anspruch genommen werden könnten.

Die Prozentsätze der Zuzahlungen sowie die Prozentsätze der Belastungsgrenze müssten nach wissenschaftlichen Methoden berechnet werden. Die praktische Umsetzung der Zuzahlungs- und Belastungsgrenzen-Prozentsätze könnte durch entsprechende Chipkarten erfolgen.

1.1.3.9 Vertragsmodalitäten

Die Vertragsmodalitäten eines flächendeckenden Kostenerstattungssystems (achte Rubrik in Abbildung 1) beziehen sich auf die Vertragsbeziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen.

In einem flächendeckend umgesetzten Kostenerstattungssystem sind zahlreiche Vertragsmodalitäten zwischen Versichertem und Krankenkasse möglich. Eine wichtige Voraussetzung für mögliche Vertragsmodalitäten ist, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen die Umsetzung geeigneter Vertragsmodalitäten überhaupt ermöglicht.

Dabei ist zu beachten, dass das Angebot geeigneter Vertragsmodalitäten durch die Krankenkasse auch durch die Art der Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer(verbänden) mit determiniert wird, da in den Vertragsmodalitäten gesondert vereinbarte Versorgungsstrukturen abgebildet werden.

Am einfachsten könnten geeignete Vertragsmodalitäten umgesetzt werden, wenn der Gesetzgeber alle Krankenkassen der GKV und PKV einheitlich und wie Unternehmen behandelt. Die hierzu notwendigen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen bedürfen einer weitergehenden Diskussion.

Geeignete Vertragsmodalitäten sind letztendlich Versicherungsprodukte, die der Versicherte für sich und seine Familie zur Interaktion mit dem Gesundheitssystem wünscht. Die Versicherungsprodukte sind dabei Kombinationen der in den Rubriken eins bis sieben diskutierten Spezifikationen. Durch gesetzliche Rahmenvorgaben, z.B. Kontrahierungszwang, und durch Produktdifferenzierungen können die Versicherungsprodukte an die Bedürfnisse der Versicherten angepasst wer-

den, auch indem die Belange und Möglichkeiten der Leistungserbringer Eingang finden.

1.1.3.10 Solidargemeinschaft

In der neunten und letzten Rubrik der Abbildung 1 ist die Solidargemeinschaft dargestellt. Eine Solidargemeinschaft ist im Gesundheitssystem über die Finanzierungsverantwortung definiert, die beschreibt, welche Personengruppe nach welcher Finanzierungsregel die Finanzmittel des Gesundheitssystems bereitstellt.

Die flächendeckende Umsetzung eines Kostenerstattungssystems ist zunächst von der Ausgestaltung der Solidargemeinschaft unabhängig. D.h. ein flächendeckendes Kostenerstattungssystem kann in einer PKV nach (a) deutschem (mit Altersrückstellungen) oder (b) niederländischem Muster (ohne Altersrückstellungen), in einer (c) Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen, in einem (d) Kopfpauschalensystem, aber auch in einem vollständig oder teilweise (e) steuerfinanzierten Gesundheitsdienst umgesetzt werden.

Hierbei ist zu beachten, dass eine gewählte Solidargemeinschaft (a) bis (e) funktionstüchtig ausgestaltet sein sollte, um die flächendeckende Umsetzung eines Kostenerstattungssystems nicht zu beeinträchtigen.

Eine Solidargemeinschaft ist funktionstüchtig ausgestaltet, wenn die jeweiligen Rahmenbedingungen nachhaltig und gerecht spezifiziert worden sind. Zu diesen Rahmenbedingungen zählen z.B. Fragen der Portabilität etwaiger Altersrückstellungen, der Beitragspflicht nicht erwerbstätiger Ehepartner, ein gegebenenfalls notwendiger Solidarausgleich für Einkommensschwache, der implementierte Generationen- und Solidarausgleich zwischen Jung und Alt sowie zwischen Gesund und Krank, aber auch die Spezifikation und Belastung beitragspflichtiger Einkunftsarten.

Ist eine Solidargemeinschaft nicht oder nur begrenzt funktionstüchtig ausgestaltet, d.h. sind die entsprechenden Rahmenbedingungen nicht oder nur begrenzt nachhaltig und ge-

recht spezifiziert, wird die flächendeckende, bundesweite Umsetzung eines Kostenerstattungssystems erschwert.

Nicht nur vor diesem Hintergrund sind die mit dem GKV-WSG angestoßenen Entwicklungen kritisch zu bewerten, liegt doch die Tendenz des GKV-WSG in einer Zentralisierung des Gesundheitssystems, verbunden mit nicht nachhaltigen und zum Teil auch chaotisch geplanten Systemveränderungen. Die Inhalte dieser Systemveränderung werden im Anhang dargestellt.

1.1.4 Zusammenfassung

Die Ausführungen zeigen, dass eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung im deutschen Gesundheitssystem nicht unmöglich ist. Allerdings kann eine flächendeckende, bundesweite Umsetzung auch nicht durch die Änderung nur einzelner Systemstellschrauben bewirkt werden.

Für eine flächendeckende Umsetzung muss vielmehr an zahlreichen Stellschrauben über nahezu alle Ebenen des Finanzierungs- und Versorgungsgeschehens gedreht werden. Gleichzeitig müssen angemessene und sozialverträgliche Anreize für Versicherte und Patienten gesetzt werden.

Dennoch könnte die Änderung zahlreicher Stellschrauben als evolutionäre Weiterentwicklung von GKV und PKV hin zu einem symbiotischen Krankenversicherungsmarkt erfolgreich umgesetzt werden.

Die Umsetzung hängt allerdings vom gesundheitspolitischen Geschick ab, aber auch vom Vertrauen auf die Selbststeuerungskräfte des Gesundheitssystems. Eine Umsetzung ist hingegen schwierig, wenn der Gesetzgeber den Selbststeuerungskräften des Gesundheitssystems skeptisch gegenübersteht und sich selbst die letztendliche Verantwortung für Planung und Steuerung, wie mit dem GKV-WSG anvisiert, überträgt.

Meint es der Gesetzgeber hingegen mit einer Wettbewerbsstärkung ernst, wäre eine flächendeckende Umsetzung der Kostenerstattung ein geeignetes Instrument zur Entwicklung eines nachhaltigen und gerechten Gesundheitssystems.

1.1.5 Anhang: Die geplanten GKV-WSG-Systemveränderungen aus Perspektive der GKV¹

1.1.5.1 Einleitung

Zum Januar 2009 soll das deutsche Gesundheitssystem grundlegend verändert werden. Prinzipiell ist eine grundlegende Systemveränderung zu begrüßen, insofern Inhalt, Umsetzung und Zeitrahmen der Systemveränderung als angemessen zu bewerten sind. Allerdings ist es das Problem des GKV-WSG, dass sowohl Inhalt als auch Umsetzung und Zeitrahmen nicht einen angemessenen wissenschaftlichen Entwicklungs- und Diskussionsprozess durchlaufen haben, sondern vielmehr als Entdeckungsprozess im Hauruck-Verfahren umgesetzt werden.

Ungewiss sind in diesem Zusammenhang nicht nur die bis zum Januar 2009 anstehenden inhaltlichen Entscheidungen durch den Gesetzgeber. Ungewiss ist auch, welche Finanzmittel die gesetzlichen Krankenkassen ab 2009 aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen bekommen.

Diese Unsicherheit überträgt sich auf die medizinische Versorgung, denn ebenso ungewiss ist, welche Finanzmittel in Folge den Ärzten, Krankenhäusern und übrigen Leistungserbringern in den Bundesländern zur Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen.

Zur Beseitigung dieser Ungewissheit beabsichtigt der Gesetzgeber in den nächsten Monaten die hierfür nötigen Inhalte zu definieren. Ungeklärt ist, ob es eine angemessene und zeitnahe Diskussion über diese Inhalte geben wird. Denn die Diskussion wird durch drei Punkte erschwert:

Erstens erschwert die Komplexität der Wirkungszusammenhänge, die hinter diesen Inhalten stehen, eine angemessene Diskussion. Zweitens ist eine angemessene Diskussion in besonderem Maße von noch nicht vorliegenden Daten und Statistiken abhängig. Und drittens kann es aber auch daran lie-

1 Die folgenden Ausführungen sind eine modifizierte Version von Drabinski 2008. Gesundheitsfonds ante portas. Band 12 Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Januar 2008.

gen, dass eine angemessene Diskussion nicht gewünscht ist, denn inhaltliche Fragen führen – im sehr knappen Zeitplan – nicht nur zu argumentativen Problemen.

In den folgenden Abschnitten soll herausgearbeitet werden, welche Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung des GKV-WSG überhaupt relevant sind. Ziel ist es, Inhalte und Wirkungszusammenhänge der geplanten Systemveränderung transparent darzustellen.

Der Fokus der Betrachtung liegt auf der GKV. Dort soll das bisher weitgehend dezentral organisierte Finanzierungssystem der Krankenkassen durch ein zentralstaatlich organisiertes Finanzierungs- und Zuweisungssystem ersetzt werden.

Zunächst wird das Status quo-Finanzierungssystem der GKV kurz beschrieben. In nachfolgenden Kapiteln werden Inhalte und Auswirkungen des GKV-WSG dargestellt. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst sowie eine Empfehlung für die weitere Umsetzung des GKV-WSG gegeben.

1.1.5.2 Status quo-Finanzierungssystem der GKV 2008

Abbildung A1 gibt einen Überblick über das Status quo-Finanzierungssystem der GKV. Auf Grundlage kassenindividueller Beitragssätze zahlen Mitglieder und andere Beitragszahler, z.B. Arbeitgeber und Träger der Sozialversicherung, einkommensabhängige Beiträge an die gesetzlichen Krankenkassen.²

Neben den Beitragseinnahmen erhalten die gesetzlichen Krankenkassen Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen zugewiesen, in 2007 insgesamt 2,5 Mrd. Euro. Darüber hinaus verfügen die Kassen über sonstige Einnahmen in Höhe von rund 3 Mrd. Euro. Insgesamt beliefen sich die Einnahmen der GKV 2007 auf rund 150 Mrd. Euro.

2 In diesem Zusammenhang ist die Regelung zum zusätzlichen Beitragssatz zu beachten, der nach § 241a SGB V bundesweit einheitlich auf 0,9 Prozent festgelegt ist.

Innerhalb der GKV gibt es einen Risikostrukturausgleich (RSA), über den 2007 ein Finanzvolumen von ca. 18 Mrd. Euro zwischen Krankenkassen und Bundesländern umverteilt wurde. Auf Einzelheiten zum derzeitigen RSA soll nicht eingegangen werden.

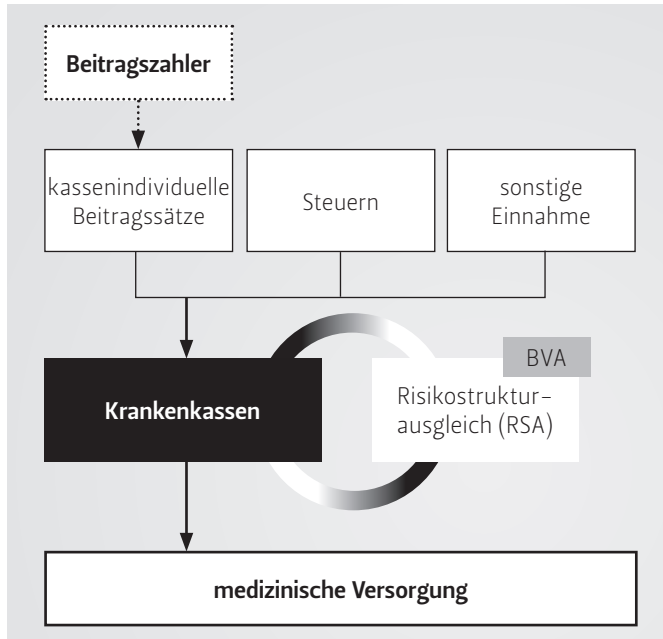


Abbildung A1: Status quo-Finanzierungssystem der GKV 2008 / Quelle: Drabinski 2008. (BVA = Bundesversicherungsamt)

1.1.5.3 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

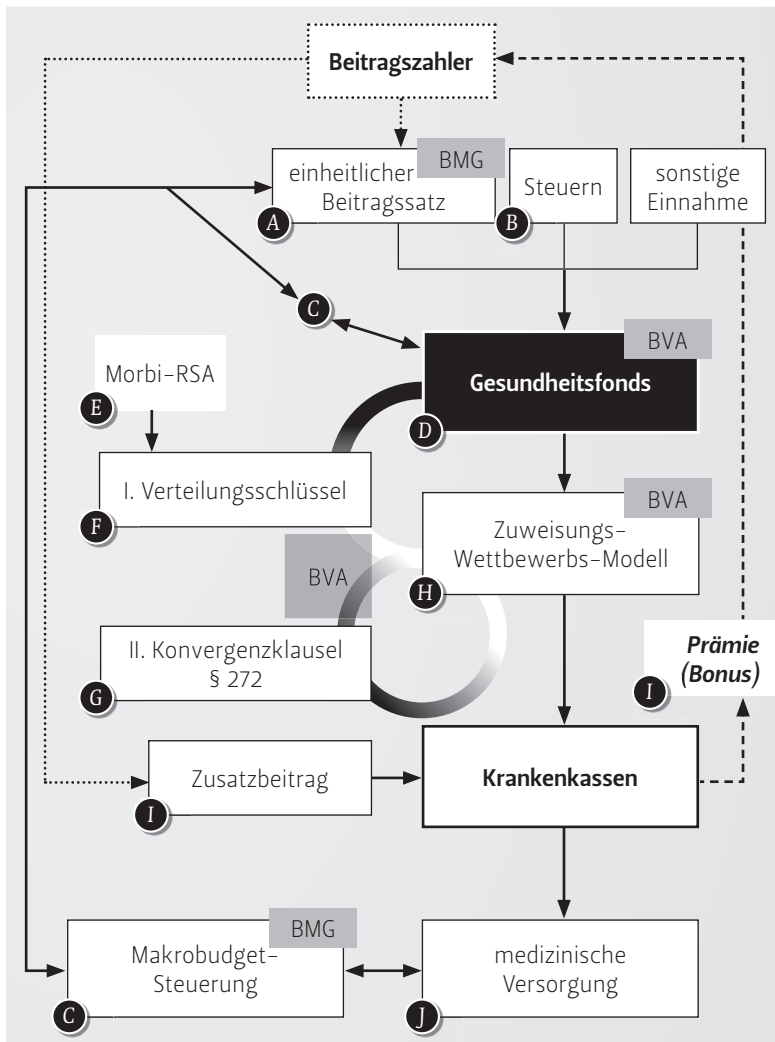
1.1.5.3.1 Einleitung

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 sieht eine grundlegende Umstellung des Finanzierungssystems der GKV ab 2009 vor, verbunden mit weit reichenden Veränderungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Die Systemumstellung kann auf insgesamt 10 Rubriken (A. bis J.) reduziert werden:

- ▶ bundesweit einheitlicher Beitragssatz (A.)
- ▶ jährlich steigende Steuerzuschüsse (B.)
- ▶ Makrobudget-Steuerung (C.)
- ▶ Gesundheitsfonds (D.)
- ▶ morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (E.)
- ▶ erste BVA-Iteration: Verteilungsschlüssel (F.)
- ▶ zweite BVA-Iteration: Konvergenzklausel (G.)
- ▶ Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell des BVA (H.)
- ▶ Zusatzbeiträge und Prämien (I.)
- ▶ Änderungen bei der medizinischen Versorgung (J.)

In Abbildung A2 sind die zehn Rubriken des für 2009 geplanten Finanzierungssystems der GKV in einem Strukturbild zusammengefasst.



In den folgenden Abschnitten werden die zehn Rubriken A. bis J. beschrieben.

1.1.5.3.2 Bundesweit einheitlicher Beitragssatz

In Abbildung A2 ist unter Rubrik A. der einheitliche Beitragssatz dargestellt, der die kassenindividuellen Beitragssätze des derzeitigen GKV-Systems ablösen soll. Der für alle Mitglieder der GKV einheitliche Beitragssatz soll nach § 241 SGB V wie folgt festgelegt werden:

„Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen fest.“

Mit der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes wird den gesetzlichen Krankenkassen ab Januar 2009 die Möglichkeit genommen, kassenindividuelle Beitragssätze festzusetzen. Ausnahme sind die Zusatzbeiträge, auf die später eingegangen wird.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung soll auch in der GKV ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt werden.

Die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes ergibt sich aus der Makrobudget-Steuerung.

1.1.5.3.3 Jährlich steigende Steuerzuschüsse

Steuern sollen nach § 221 SGB V für „versicherungsfremde Leistungen“ gezahlt werden (vgl. Rubrik B in Abbildung A2). In 2009 soll der Steuerzuschuss 4,0 Mrd. Euro betragen. In jedem Folgejahr soll der Zuschuss um 1,5 Mrd. Euro erhöht werden, bis im Jahr 2016 ein Steuerzuschuss von 14,0 Mrd. Euro erreicht wird.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Wie in der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung soll auch

in der GKV die Äquivalenz zwischen der gesamtwirtschaftlichen Höhe der Beitragszahlung und der Ausgabenhöhe verwischt werden.

Inoffiziell sollen mit den Steuerzuschüssen die GKV-Leistungsausgaben der Kinder, nicht aber die GKV-Leistungsausgaben der beitragsfrei mitversicherten Ehe- und Lebenspartner finanziert werden. Offiziell werden mit den Steuerzuschüssen so genannte „versicherungsfremde Leistungen“ finanziert, wobei eine Definition des Begriffes der versicherungsfremden Leistungen im GKV-WSG fehlt.

1.1.5.3.4 Makrobudget-Steuerung

In das ab 2009 geplante GKV-Finanzierungssystem soll über § 220 Abs. 2 SGB V (in der ab 1. Januar 2009 gültigen Fassung) erstmalig eine Makrobudget-Steuerung in der GKV eingeführt werden (vgl. Rubrik C. in Abbildung A2). Dort heißt es:

„Der Beitragssatz nach § 241 ist zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 vom Hundert decken. Der Beitragssatz ist zu ermäßigen, wenn eine Deckungsquote von 100 vom Hundert überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote von 95 vom Hundert im Laufe des Haushaltsjahres voraussichtlich nicht unterschritten wird.“

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Mit der Makrobudget-Steuerung hat sich der Gesetzgeber ab Januar 2009 ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem er direkt die Höhe der Gesamtausgaben der GKV steuern kann. Die Makrobudget-Steuerung kann kontraktiv oder expansiv betrieben werden.

Zunächst werden die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen (einschließlich Verwaltungskosten) geschätzt. Die Schätzung könnte beispielsweise für 2009 einen erwarteten, d.h. voraussichtlichen Betrag von $A = 160,0$ Mrd. Euro erge-

ben. Es könnten aber auch $A = 150,0$ Mrd. Euro oder $A = 155,0$ Mrd. Euro voraus gesehen werden. Das Vorgehen für die Schätzung ist noch nicht geklärt. Insbesondere ist ungeklärt, wie Veränderungen der Vergütungssysteme und -strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung, die ebenfalls ab 2009 erfolgen sollen, in der Ausgaben-Schätzung berücksichtigt werden.

Um das Makrobudget zu ermitteln, wird zu der Ausgaben-Schätzung A nach § 220 Abs. 2 SGB V ein weiterer Betrag hinzugerechnet, die Liquiditätsreserve L .

Die Liquiditätsreserve L soll nach § 271 SGB V über eine Rechtsverordnung aufgebaut werden und 50 Prozent der monatlichen Beitragseinnahmen der GKV betragen (rund 3,5 Mrd. Euro). Mit der Liquiditätsreserve sollen unterjährig schwankende Einnahmen des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Die Liquiditätsreserve soll vom BVA administriert werden. Hierzu zählt auch die Anlage der Liquiditätsreserve am Kapitalmarkt. Die hieraus resultierenden Kapitalerträge sollen nach § 271 SGB V als „sonstige Einnahmen“ in den Gesundheitsfonds fließen (vgl. Abbildung 2). Kommt es trotz Liquiditätsreserve zu Finanzierungsproblemen bei der Zuweisung der Fondsmittel an die Krankenkassen, sollen nach § 271 Abs. 3 SGB V aus Bundesmitteln zinslose Liquiditätsdarlehen an den Gesundheitsfonds gewährt werden, die vom Gesundheitsfonds im Haushaltsjahr wieder zurückzuzahlen sind.

Sind die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen 2009 (einschließlich Verwaltungskosten) $A = 160,0$ Mrd. Euro und die Liquiditätsreserve $L = 3,5$ Mrd. Euro, so wäre das Makrobudget MB : $MB = A + L = 163,5$ Mrd. Euro.

Die Einnahmen des Gesundheitsfonds setzen sich 2009 aus Steuern $T = 4,0$ Mrd. Euro, sonstigen Einnahmen $SO = 3,5$ Mrd. Euro und Beitragseinnahmen zusammen.

Damit müsste über die Beitragseinnahmen B ein Betrag von $B = MB - T - SO = 156,0$ Mrd. Euro finanziert werden. Bei einer 2009er-Bemessungsgrundlage von 1.000,0 Mrd. Euro beträgt der einheitliche Beitragssatz 15,6 Prozent, wenn eine De-

ckungsquote von 100 Prozent der GKV-Ausgaben realisiert werden soll.

Der im gewählten Beispiel resultierende einheitliche Beitragssatz von 15,6 Prozent wäre politisch nicht attraktiv. Deshalb ist zu erwarten, dass die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen (einschließlich Verwaltungskosten) nicht als $A=160,0$ Mrd. Euro, sondern eventuell nur als $A^*=152,0$ Mrd. Euro geschätzt werden. Dann müssten über Beitragseinnahmen B^* nur noch rund $B^* = A^* + L - T - SO = 148,0$ Mrd. Euro finanziert werden. Bei einer Bemessungsgrundlage von 1.000,0 Mrd. Euro wäre das ein einheitlicher Beitragssatz von 14,8 Prozent.

Der diskretionäre Spielraum einer kontraktiven Makrobudget-Steuerung kommt nun dadurch zum Vorschein, dass der Gesetzgeber den Beitragssatz von 14,8 Prozent als 100 Prozent ausgabendeckend kommunizieren würde.

Würde sich aber nach Ablauf des Jahres 2009 (und des Folgejahres 2010) herausstellen, dass A^* nicht 152,0 Mrd. Euro sondern $A = 160,0$ Mrd. Euro gewesen wäre, so wäre dies dennoch mit der in § 220 Abs. 2 SGB V definierten Deckungsquote DQ von „95 von Hundert“ kompatibel, denn: $DQ = (B^* + T + SO) / (A + L) \times 100 = (148 + 4 + 3,5) / (160 + 3,5) \times 100 = 95,1$ Prozent.

Da aber die gesetzlichen Krankenkassen auch unabhängig von den Schätzungen 160,0 Mrd. Euro an die Leistungserbringer auszahlen müssten, würden im Laufe des Haushaltsjahres 2009 gesamtwirtschaftliche Zusatzbeiträge in Höhe von 4,5 Mrd. Euro erhoben werden. Bei einer Bemessungsgrundlage von 1.000,0 Mrd. Euro wäre dies eine Quote von 0,45 Prozent.

1.1.5.3.5 Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds soll vom BVA als „Sondervermögen“ verwaltet werden (vgl. Rubrik D. in Abbildung A2). In den Gesundheitsfonds sollen die über den einheitlichen Beitragssatz ermittelten Beitragseinnahmen, Steuern und sonstige Einnahmen fließen.

Die Finanzmittel des Gesundheitsfonds werden vom BVA über ein Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell auf die Krankenkassen verteilt. In Abhängigkeit vom Ausmaß der Makrobudget-Steuerung durch den Gesetzgeber könnten 2009 zwischen 150 und 160 Mrd. Euro als Finanzmittel im Gesundheitsfonds angesammelt und auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilt werden. Welcher Betrag 2009 realisiert wird, ist derzeit ungeklärt und bedarf eines Verhandlungsprozesses zwischen Gesetzgeber, Krankenkassen und Leistungserbringern.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Der Gesundheitsfonds soll die Finanzierung der GKV bündeln. Bis Ende 2010 soll die Organisation des Beitragseinzugs in der bisherigen Form erhalten bleiben. Die Kassen sollten allerdings die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten. Ab 2011 erhalten Arbeitgeber, die dies wünschen, zusätzlich die Möglichkeit, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis. Der Gesundheitsfonds soll die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent machen.

1.1.5.3.6 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

1.1.5.3.6.1 Einleitung

Die Diskussion um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) war in der Zeit vor dem GKV-WSG Teil der Diskussion zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

Im Zuge des GKV-WSG-Gesetzgebungsverfahrens wurde der Morbi-RSA in das Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell des BVA eingewoben. In Abbildung A2 ist der Morbi-RSA in der Rubrik E. aufgeführt.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Das bisherige RSA-Verfahren soll neu ausgestaltet und im Zusammen-

spiel mit der gleichzeitigen Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht wird.

Die Spezifikation und Weiterentwicklung des Morbi-RSA im GKV-WSG-Rahmen wurde einem wissenschaftlichen Beirat übertragen. In der zweiten Januarwoche 2008 wurde das Gutachten der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.³

Ziel des Gutachtens ist es, einen Morbiditätsfilter zu spezifizieren, indem 50 bis 80 Krankheiten ausgewählt werden, welche die Merkmale „schwerwiegender Verlauf“ oder „Kostenintensität/Chronizität“ erfüllen. Zur Bestimmung der schwerwiegenden Krankheiten wurde auf Daten aus dem stationären Bereich (Krankhauseinweisungen), bei den chronisch kostenintensiven Krankheiten auf Daten aus dem ambulanten Bereich zurückgegriffen.

Bedeutsam für die Auswahl der Krankheiten des Morbiditätsfilters ist unter anderem der so genannte Schwellenwert, für den der Beirat einen Betrag von 2.422,40 Euro ermittelt.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über Struktur und Inhalte des Morbi-RSA-Gutachtens gegeben und die Bedeutung für das GKV-WSG-Projekt abgeleitet werden.

1.1.5.3.6.2 Gesetzliche Vorgaben und Anforderungen

Die Vorgaben des GKV-WSG zur Ausgestaltung des Morbi-RSA sind zum Teil mit Vorgaben zur Ausgestaltung des BVA-Verteilungsschlüssels vermischt. Der BVA-Verteilungsschlüssel wird im GKV-WSG als Versichertenklassifikationsmodell oder Klassifikationsmodell bezeichnet.

3 Busse et al. 2007. Reinhard Busse, Saskia Drösler, Gerd Glaeske, Wolfgang Greiner, Thomas Schäfer, Matthias Schrappe. Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dezember 2007.

Das GKV-WSG gibt in Artikel 38 (Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) unter § 31 die Inhalte für das Morbi-RSA-Gutachten vor:

- ▶ Abs. 1, S. 2: „Das nach Satz 1 an die gesetzliche Krankenversicherung angepasste Versichertenklassifikationsmodell ist an Hand von 50 bis 80 Krankheiten zu filtern und prospektiv auszugestalten.“
- ▶ Abs. 1, S. 3: „Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden.“
- ▶ Abs. 1, S. 4: „Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“
- ▶ Abs. 2, S. 3: „In dem Gutachten nach Satz 1 Nr. 2 sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.“

Der Entwurf des GKV-WSG gibt für den zu spezifizierenden Morbiditätsfilter weitere Inhalte vor:

- ▶ S. 204 zu § 31 Abs. 1 RSAV: „Die Auswahl soll sich danach auf Krankheiten erstrecken, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben.“
- ▶ S. 204 zu § 31 Abs. 2 RSAV: Der wissenschaftliche Beirat ist bei der Erfüllung seiner Aufgaben an die gleichen Kriterien gebunden, die bei der Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells zu beachten sind [...].“

1.1.5.3.6.3 Auswahl der Krankheiten

Die Berechnungen wurden vom wissenschaftlichen Beirat für die Jahre 2005 und 2006 durchgeführt. Hierzu wurde vom BVA ein Datensatz bereitgestellt, den das BVA zum 15. August

2007 bei den gesetzlichen Krankenkassen abgefragt hatte.⁴ Der Datensatz wurde vom Beirat auf Plausibilität geprüft und bereinigt.

Um den Morbiditätsfilter von maximal 80 Krankheiten umzusetzen, wurde auf eine Aggregationsmethodik zurückgegriffen, nach der die Diagnosecodes des ICD-Klassifikationssystems über ein Gruppierungsmodell (DCG/HCC-Modell) zu Diagnosegruppen zusammengefasst wurden.

Die Überführung der Diagnosegruppen in den Morbiditätsfilter erfolgte über Auswahlregeln, die der Beirat aus den gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen des GKV-WSG herleitet. Hierbei mussten zur Operationalisierung Inhalte zur Kostenintensität, Chronizität, Krankheitsschwere, Alters- und Geschlechtsstandardisierung, Berücksichtigung der Krankheitshäufigkeit, zu Grenzwerten, klinisch-inhaltlichen Prüfung und zum Schwellenwert definiert werden.

Im Ergebnis erfüllten 209 der 751 betrachteten Diagnosegruppen die Vorgaben und Anforderungen. Diese 209 Diagnosegruppen wurden dann „in Anlehnung an die ‚Condition Categories‘ der DxCG-Logik“ und nach weiteren Bereinigungen in den abschließenden Morbiditätsfilter der 80 Krankheiten überführt. Die 80 Krankheiten werden in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Die 80 Krankheiten des Morbiditätsfilters

NR.	Bezeichnung
1	HIV und AIDS
2	Sepsis
3	Nicht virale Infektion des Zentralen Nervensystems
4	Opportunistische systemische Pilzinfektion
5	Lymphome und Leukämien
6	Bösartige Neubildungen des Verdauungssystems

- 4 Bundesversicherungsamt 2007. Anlage 3.4, Meldeverfahren der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V. Anleitung zur Erfassung der Daten für die Datenerhebung zur Weiterentwicklung des RSA nach § 30 RSAV.

7	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
8	Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Bindegewebes
9	Bösartige Neubildungen weiblicher Genitalorgane und der Brust
10	Bösartige Neubildungen des Zentralnervensystems und der Hypophyse
11	Bösartige Neubildungen der Nebenniere
12	Bösartige Neubildungen sekundärer (Metastasen) und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
13	Neubildungen unklarer Dignität im ZNS oder des respiratorischen Systems
14	Diabetes mellitus Typ 1
15	Diabetes mellitus Typ 2 und sonstiger Diabetes mit schwerwiegenden Komplikationen
16	Hypophysärer Kleinwuchs
17	Hämochromatose und andere Störungen des Eisen-, Kupfer- und des Phosphat-Stoffwechsels
18	Störungen des Flüssigkeitshaushaltes, Elektrolytstörungen und Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
19	Terminale Lebererkrankungen
20	Leberzirrhose
21	Chronische Virushepatitis
22	Akute schwere Lebererkrankungen
23	Erkrankungen der Gallenwege
24	Peritonitis
25	Ileus
26	Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre)
27	Entzündliche Darmerkrankungen (Alter < 18 Jahre)
28	Gastrointestinale Blutung und / oder Perforation
29	Gelenkerkrankungen mit Infektion
30	Osteomyelitis
31	Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
32	Schwerwiegende hämatologische Erkrankungen
33	Hydrozephalus
34	Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch

35	Schizophrenie, schizotype, wahnhafte und dissoziative Störungen
36	Schwere Depression
37	Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)
38	Posttraumatische Belastungsstörung
39	Intelligenzminderung
40	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
41	Trisomie der Chromosomen 13 und 18 und andere bestimmte autosomale Trisomien
42	Quadruplegie und andere ausgeprägte periphere Lähmungen
43	Schwerwiegende Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks
44	Muskeldystrophie (Alter < 18 Jahre)
45	Entzündliche und toxische Neuropathie (ohne diabetischer Neuropathie)
46	Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS
47	Morbus Parkinson
48	Epilepsie und sonstige Anfälle
49	Schwere Gehirnschädigung
50	Herzstillstand und Schock
51	Schwere respiratorische Insuffizienz
52	Herzinsuffizienz einschl. Kardiomyopathie und Myokarditis
53	Myokardinfarkt und instabile Angina Pectoris
54	Akute Endokarditis und Myokarditis
55	Angeborene schwere Herzfehler
56	Hypertensive Nierenerkrankung
57	Schlaganfall
58	Hemiplegie und Hemiparese
59	Zerebralparese
60	Sonstige schwerwiegende Lähmungssyndrome
61	Aphasie
62	Atherosklerose
63	Mukosviszidose
64	Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose
65	Pneumonie
66	Pleuraerguss

67	Angeborene Anomalie des respiratorischen Systems
68	Niereninsuffizienz
69	Nephritis und Glomerulonephritis
70	Hydronephrose
71	Neurogene Blasenfunktionsstörung
72	Blutung in der Frühschwangerschaft
73	Schweres Schädelhirntrauma mit intrakranieller Verletzung und Koma
74	Luxation des Hüftgelenks
75	Pathologische Fraktur des Humerus
76	Traumatische Amputation
77	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht
78	Schwerwiegende Probleme während der Perinatalperiode
79	Organtransplantation (einschl. Versagen und Abstoßung)
80	Zustand nach Amputation der unteren Extremität

Quelle: Busse et al. 2007, S. 57-81.

1.1.5.3.6.4 Ergebnis

Nicht nur die vom Gesetzgeber vorgegebene Methodik der Spezifikation des Morbiditätsfilters – wie der wissenschaftliche Beirat an mehreren Stellen des Gutachtens betont –, vor allem auch die sehr eng gesetzten zeitlichen Vorgaben ohne „wünschenswerte Einbindung weiteren medizinischen Sachverständes, beispielsweise in Form einer Panelveranstaltung oder eines strukturierten, formalisierten Verfahrens unter Einbeziehung der medizinischen Fachgesellschaften“ sind inhaltlich kritische Punkte für die Zielgenauigkeit und die Umsetzbarkeit des Morbi-RSA im Rahmen des GKV-WSG.

D.h., der vom Beirat vorgeschlagene Morbiditätsfilter der 80 Krankheiten ist ein stochastisches Element im Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell des BVA. Die ökonomischen, verteilungs- und versorgungspolitischen Konsequenzen sind unbekannt.

In diesem Zusammenhang ist auch ungeklärt, welchen Einfluss der Morbiditätsfilter auf die Regionalperspektive des

GKV-WSG hat. Diese Problematik wird vom BMG wie folgt diskutiert: ⁵

„Gleichzeitig weise ich darauf hin, [...], dass es wohl in niemandes Interesse ist, zu einem regionalisierten Risikostrukturausgleich zu kommen; vielmehr müssen alle daran interessiert sein, dass der Risikostrukturausgleich funktionsfähig bleibt. Ohne funktionsfähigen Ausgleichsmechanismus könnten wir in diesem Jahr weder den notwendigen West-Ost-Transfer in die gesetzlichen Krankenkassen in der Größenordnung von 4 Milliarden Euro realisieren noch die Leistungsfähigkeit von Krankenkassen in städtischen Ballungsräumen sicherstellen.“

Darüber hinaus musste der Beirat wegen des zu eng gewählten Zeitrahmens auch hinter den inhaltlichen Vorgaben des GKV-WSG zurück bleiben. Dort heißt es:

„In dem Gutachten [...] sind für alle ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen [...] Arzneimittelwirkstoffe [...] anzugeben.“

Im Gutachten des Beirats heißt es dazu auf Seite 12:

„Aus diesem Grund – und darüber hinaus bedingt durch die sehr knapp bemessenen zeitlichen Vorgaben – kann die Benennung von Arzneimittelwirkstoffen nicht schon im Rahmen dieses Gutachtens vorgenommen werden, sondern wird zu einem späteren Zeitpunkt im Zuge der Anpassung des Klassifikationsmodells erfolgen.“

Die Struktur dieses Versicherten-Klassifikationsmodells soll im nächsten Kapitel als BVA-Verteilungsschlüssel beschrieben werden.

1.1.5.3.7 Erste BVA-Iteration: Verteilungsschlüssel

In Abbildung 2A ist dargestellt, dass die Ergebnisse des Morbiditätsfilters des wissenschaftlichen Beirats in die erste Iteration des BVA-Verteilungsschlüssels eingehen. Im GKV-WSG wird der BVA-Verteilungsschlüssel Versicherten-

5 Plenarprotokoll 840 BUNDESRAT, Stenografischer Bericht, 840. Sitzung, Berlin, Donnerstag, den 20. Dezember 2007. Redebeitrag zur Sechzehnten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (16. RSAÄndV) (Drucksache 813/07).

Klassifikationsmodell genannt. In Abbildung 2A ist die erste Iteration des BVA-Verteilungsschlüssels mit „I. Verteilungsschlüssel“ gekennzeichnet.

Dieser Schlüssel soll vom BVA bis zum 1. Juli 2008 festgelegt und in geeigneter Weise bekannt gegeben werden.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten soll gezielter ausgeglichen werden.

Um die erste Iteration des BVA-Verteilungsschlüssels zu berechnen, ist vom BVA zunächst ein Versicherten-Klassifikationsmodell zu spezifizieren. Die Spezifikation erfolgt, indem bestimmte, im GKV-WSG nur grob definierte Vorgaben und Kriterien vom BVA umgesetzt werden. Der beim BVA eingerichtete wissenschaftliche Beirat soll hierzu nach § 31 RSAV einen Vorschlag unterbreiten. Dabei soll der BVA-Verteilungsschlüssel die folgenden Eigenschaften aufweisen (§ 31 RSAV):

- ▶ Anreize zur Risikoselektion von Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen sollen verringert werden
- ▶ Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen (Medikalisierung oder Hospitalisierung) sollten nicht gesetzt werden.⁶

Die Ausformulierung des BVA-Verteilungsschlüssels lässt sich in zwei Kategorien unterteilen.

Kategorie 1: Mit dem GKV-WSG werden dem BVA die folgenden inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten zugewiesen (§ 31 RSAV):

- ▶ Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten (auf Grundlage der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats zum Morbiditätsfilter)
- ▶ Festlegung der Morbiditätsgruppen (z.B. Altersgruppen und gesonderte Morbiditätsgruppen für Erwerbsminderungsrentner)

6 Das Gegenteil wird im GKV-WSG nicht ausgeschlossen. Dieser Inhalt wird im Zusammenhang mit der Rationierung über die Makrobudget-Steuerung von Bedeutung sein.

- ▶ Festlegung eines Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen
- ▶ Bestimmung eines Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren
- ▶ Bestimmung eines Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge
- ▶ NEU: Entwicklung einer Methodik, nach der Arzneimittelwirkstoffe zu einzelnen Krankheitsbildern des Morbiditätsfilters zugeordnet werden⁷

Kategorie 2: Unmittelbar Eingang in die erste Iteration des BVA-Verteilungsschlüssels haben auch folgende Inhalte:

- ▶ Spezifikation/Schätzung einer Grundpauschale⁸
- ▶ Bestimmung eines Verteilungsschlüssels für sonstige Ausgaben nach § 270 SGB V (Satzungsleistungen, Verwaltungskosten, DMP-Programmkostenpauschalen)⁹

7 Diese neue Aufgabe ergibt sich aus dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zum Morbiditätsfilter (vgl. Busse et al. 2007, S. 12).

8 Nach § 266 Abs. 7 S. 1 SGB V regelt das BMG über eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Grundpauschale.

9 Nach § 266 Abs. 7 S. 2a SGB V regelt das BMG mit Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Abgrenzung sowie Standardisierung der sonstigen Ausgaben sowie die Kriterien der Zuweisung der Mittel zur Deckung der sonstigen Ausgaben. Zu den sonstigen Ausgaben zählen:

- Kosten für Satzungsleistungen: standardisierte Aufwendungen für satzungsmäßige Mehr- und Erbprobungsleistungen sowie für Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht (§ 266 Abs. 2 SGB V), allerdings ohne Satzungsleistungen für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 63 Abs. 5 SGB V), die nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 S. 1 SGB V sind.
- Kosten für DMP-Leistungen: standardisierte Aufwendungen für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V; vgl. auch § 33 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Zuweisung für strukturierte Behandlungsprogramme ab 2009). Eine Programmkostenpauschale soll für „medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen“ gezahlt werden. Die Höhe dieser Zuweisungen soll vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Das rechnerische Ergebnis aus der Umsetzung der Vorgaben und Kriterien aus Kategorie 1 und 2 sind individuelle Zuweisungsbeträge.

Vor allem die durch das GKV-WSG dem BVA zugewiesene inhaltliche Gestaltungsmöglichkeit der Kategorie 1 macht deutlich, dass zahlreiche BVA-Rechenmodelle in der ersten Iterationsstufe möglich sind, um die individuellen Zuweisungsbeträge zu ermitteln, d.h. um einen BVA-Verteilungsschlüssel abzuleiten.

Für die praktische Umsetzung ab Januar 2009 wird die Spezifikation genau eines BVA-Verteilungsschlüssels benötigt. Die Spezifikation dieses einen Verteilungsschlüssels liegt im Verantwortungsbereich des BVA. An dieser Stelle besteht inhaltlicher Klärungsbedarf bezüglich der Operationalisierung.

Wenn ein endgültiger Verteilungsschlüssel ermittelt worden ist, ergibt sich aus der kassenspezifischen Aggregation individueller Zuweisungsbeträge ein vorläufiger Gesamt-Zuweisungsbetrag je Krankenkasse, der in der zweiten BVA-Iteration durch die Berücksichtigung der Konvergenzklausel nach § 266 Abs. 1 SGB V und § 272 SGB V angepasst wird.

1.1.5.3.8 Zweite BVA-Iteration: Konvergenzklausel

Die zweite BVA-Iteration ist in Abbildung A2 mit „II. Konvergenzklausel § 272“ bezeichnet. Gegenstand der zweiten Iteration ist es, die vorläufigen Gesamt-Zuweisungsbeträge je Krankenkasse an die Vorgaben des § 272 SGB V („Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds“) anzupassen.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Ziel der Konvergenzklausel ist es, die Be- und Entlastungen, die auf Grund der Einführung des Gesundheitsfonds für die in einem

bestimmt werden. Eine Rückzahlung der Zuweisungen ist möglich, wenn das BVA auf Grundlage der Evaluationsberichte ein Programm nicht aufnimmt oder ablehnt.

- Verwaltungskosten: standardisierte Verwaltungskosten.

Land tätigen Krankenkassen entstehen, auf jährliche Schritte von jeweils höchstens 100 Millionen Euro zu begrenzen.

Bei der Konvergenzklausel nach § 272 SGB V ist die inhaltliche Ausgestaltung ungeklärt. Zuerst ist die Ermittlung des Nettogesamteffekts – das ist der für die Bestimmung der Konvergenzausgleichsbeträge relevante Rechenbetrag –, im GKV-WSG nicht eindeutig spezifiziert, da unter anderem die den Krankenkassen im Status quo zur Verfügung gestellten Steuern nicht berücksichtigt sind. Ebenfalls liegen keine oder nur ungenaue Definitionen für die relevanten Rechengrößen Umverteilungsvolumen, Nettoeffekt und Nettozusatzeffekt vor.

Zudem ist bisher keine Verteilungsregel des Nettogesamteffekts auf die Krankenkassen eines Bundeslandes spezifiziert, nach denen die vorläufigen Gesamt-Zuweisungsbeträge je Krankenkasse in der zweiten Iteration vom BVA zu verändern sind. Ungeklärt ist auch, wie mit der internen Verrechnung der Deckungsbeiträge von überregionalen Krankenkassen sowie mit Versicherten umgegangen werden soll, für die der Bund die Beitragszahlung übernimmt.

Vor diesem Hintergrund ist in der 16. RSA-Änderungsverordnung vorgesehen, dass ein wissenschaftliches Gutachten zur Konvergenzklausel nach § 272 SGB V bis zum 31. März 2008 erstellt werden soll, mit dem „Verfahrensvorschläge zur Lösung von Umsetzungsfragen“ gemacht und „länderbezogene Transferwirkungen“ quantifiziert werden sollen.

Fundamentaler Bestandteil einer Berechnung der länderbezogenen Transferwirkungen nach § 272 Abs. 4 SGB V müsste ein vollständiger Datensatz sein, der alle relevanten Informationen über Einnahmen und Ausgaben regionaler und überregionaler Krankenkassen bereitstellt.

Zur Aktualität des Datensatzes heißt es im Begründungsteil der Bundesrat-Drucksache 813/07:

„Diese Berechnungen können nur auf der Grundlage bereits vorliegender Daten durchgeführt werden, [...]“. Weiter heißt es, dass „[...] Datenmeldungen der Krankenkassen erst zum 15. August 2008 erfolgen, während das Gutachten bis zum 31. März 2008 fertigzustellen ist.“

D.h., es sind die Datenmeldungen im August 2008, die zur Berechnung der länderbezogenen Transferwirkungen im Gutachten gebraucht werden. Damit muss das bis März 2008 anzufertigende Gutachten auf einen unvollständigen Datensatz zurückgreifen.

Auf diese Problematik weist auch eine Erklärung aus dem BMG hin, die als Anlage 22 dem Plenarprotokoll 840 des Bundesrates angefügt ist:

„Soweit die vorgesehenen Berechnungen aufgrund der bis zum 31. März 2008 vorliegenden Datenbasis nicht durchgeführt werden können, wird dies von den Gutachtern dargelegt und begründet sowie eine angemessene alternative Berechnungsmöglichkeit in das Gutachten einbezogen.“

Zusammenfassend bedeutet das, dass es bis zum 31. März 2008 keine gesicherte Quantifizierung der Auswirkungen der Konvergenzklausel geben wird.

Letztendlich wird die zweite BVA-Iteration zur Konvergenzklausel erst dann gesicherte Ergebnisse hervorbringen, wenn das BVA auf einen vollständigen Datensatz zurückgreifen kann. Da dieser vollständige Datensatz erst ab dem 15. August 2008 beim BVA vorliegen wird – weil die Krankenkassen ihre Datenmeldungen erst zu diesem Zeitpunkt durchführen werden –, muss ab 15. August 2008 die zweite Iteration sehr schnell berechnet werden, denn knapp vier Monate später startet der Gesundheitsfonds.

Aber noch eine zweite zeitliche Restriktion erschwert die rechtzeitige Berechnung der zweiten BVA-Iteration: Der ab 2009 bundesweit einheitliche Beitragssatz soll bis zum 1. November 2008 festgelegt werden. Und dieser Beitragssatz bestimmt dann auch, mit welchem Finanzbudget der Gesundheitsfonds ausgestattet ist und damit auch das Zuteilungsvolumen der ersten und zweiten BVA-Iteration.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen rechtzeitig vor dem Start des Gesundheitsfonds ihre Zusatzbeiträge und Prämien kalkulieren müssen, um zueinander in einen fairen Wettbewerb treten zu können.

Ist dies wegen der zeitlichen Restriktionen nicht möglich, kann erwartet werden, dass die Krankenkassen in 2008 die vom Gesetzgeber zu verantwortende Planungsunsicherheit in Form von Beitragssatzaufschlägen von 5 bis 10 Prozent einpreisen müssen. Hinzu kommen ausgabenseitig induzierte Beitragssatzsteigerungen.

1.1.5.3.9 Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell des BVA

Abbildung A2 zeigt, dass das Ergebnis der Rubriken E. (Morbi-RSA), F. (erste BVA-Iteration) und G. (zweite BVA-Iteration) ein Modell ist, durch das die gesetzlichen Krankenkassen ab 2009 Finanzmittel zur Finanzierung ihrer Ausgaben zugewiesen bekommen.

Implizit ist dieses Modell ein Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell, denn die Höhe der BVA-Zuweisungen bestimmt explizit die Wettbewerbssituation einer Krankenkasse gegenüber den anderen Krankenkassen. Dieser Zusammenhang wird im nächsten Abschnitt erläutert.

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers: Definition eines Wettbewerbsrahmens, über den die gesetzlichen Krankenkassen zueinander in einen fairen Wettbewerb treten können.

1.1.5.3.10 Zusatzbeiträge und Prämien

In Abbildung A2 sollen Zusatzbeiträge und Prämien nach § 242 Abs. 2 SGB V an Mitglieder ausgezahlt werden können. Zusatzbeiträge und Prämien sind in den Satzungen der Krankenkassen zu verankern (vgl. Rubrik I).

Ordnungspolitische Absicht des Gesetzgebers:

„Hat eine Krankenkasse gut gewirtschaftet und die vielfältigen Anreize zu einer effizienten Gesundheitsversorgung genutzt (Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung, Wahltarife für ihre Versicherten, Arzneimittelversorgung), kann sie ihre Versicherten am Erfolg teilhaben lassen und ihnen einen Teil des Beitrages zurückerstatten. Umgekehrt gilt: Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln

aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen zusätzlichen Beitrag erheben.“

Wann muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben? Wenn die aus dem Gesundheitsfonds über das BVA-Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell den Krankenkassen zugeteilten Finanzmittel nicht ausreichen, um die Gesundheitsausgaben der eigenen Versicherten finanzieren zu können.

Ob eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben muss oder nicht, ist nicht primär darauf zurückzuführen, ob sie gut wirtschaftet, effizient ist und/oder eine gute Versorgungs- oder Vertragspolitik betreibt. Diese Faktoren sind vorteilhaft für die langfristige Ausgabendynamik. Doch wird das Zustandekommen eines Zusatzbeitrags ausschließlich davon abhängen, ob die Zuweisungen ausreichen, um die Ausgaben einer Krankenkasse zu decken.

Da der über die Mitglieder zu finanzierende Zusatzbeitrag zusätzlich nach oben auf 1 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen gedeckelt ist,¹⁰ kann dies – vor allem auch im Zusammenspiel mit einer kontraktiv betriebenen Makrobudget-Steuerung – zu Finanzierungsproblemen bei den Krankenkassen führen. Betroffen werden diejenigen Krankenkassen sein, die per Saldo mehr negative Deckungsbeiträge angehäuft haben, als sie selbst über eigene Zusatzbeiträge refinanzieren können.

Was ist ein negativer Deckungsbeitrag? Ein Versicherter hat im für 2009 geplanten Finanzierungssystem durch das BVA-Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell einen negativen Deckungsbeitrag, wenn der für ihn aus dem Gesundheitsfonds zugewiesene Betrag geringer ausfällt als seine tatsächlichen Gesundheitsausgaben.

Beispiel: Erhält eine Krankenkasse für einen bestimmten Versicherten 1.300 Euro im Jahr aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen, betragen seine Gesundheitsausgaben aber 1.500 Euro, so hat der Versicherte einen negativen Deckungsbeitrag von -200 €.

10 Dagegen sollen Zusatzbeitrag bis 8,00 Euro im Monat ohne Einkommensprüfung erhoben werden dürfen.

Der Versicherte ist dann für die Krankenkasse ein schlechtes Risiko. Selbst dann, wenn der Versicherte jährliche Beiträge von über 1.500 Euro in den Gesundheitsfonds einzahlt. Welche Personengruppen zu schlechten Risiken werden und sich zur Versichertenselektion eignen, ist derzeit nicht geklärt.

Wie sich diese Problematik auf die Wettbewerbssituation einer Krankenkasse auswirken kann, soll an zwei Rechenbeispielen illustriert werden.

Beispiel 1: Die Ausgaben einer Krankenkasse X seien im Jahr 2009 $A(X) = 1.000$ Mrd. Euro. Bei 477.099 Versicherten sind dies jährliche Pro-Kopf-Ausgaben von 2.096 Euro. Ist das BVA-Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell so ausgestaltet, dass diese Krankenkasse Zuweisungen in Höhe von $Z(X) = 0,918$ Mrd. € erhält, so muss die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von $ZB(X) = 1.000 - 0,918 = 0,082$ Mrd. Euro finanzieren. Hätte die Krankenkasse 342.045 Mitglieder, wären dies 20 Euro im Monat, die von jedem Mitglied zu zahlen wären.¹¹

Beispiel 2: Eine Krankenkasse Y hat 2009 Ausgaben von $A(Y) = 2.500$ Mrd. Euro. Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben belaufen sich bei 1.192.748 Versicherten ebenfalls auf 2.096 Euro. Das BVA-Zuweisungs-Wettbewerbs-Modell wirkt für Krankenkasse Y nun so, dass sie Zuweisungen in Höhe von $Z(Y) = 2,582$ Mrd. € erhält. Die Krankenkasse kann nun einen negativen Zusatzbeitrag (=Prämie) von $ZB(Y) = 2.500 - 2,582 = -0,082$ Mrd. Euro an die Mitglieder ausschütten. Hätte die Krankenkasse 855.113 Mitglieder, könnte eine Prämie von 8 Euro im Monat je Mitglied ausgezahlt werden.

D.h. über Krankenkasse X fließen 0,082 Mrd. Euro zusätzlich in das GKV-System, über Krankenkasse Y wird dem GKV-System derselbe Betrag wieder entzogen.

Dies macht deutlich, dass beide Krankenkassen im Status quo und im Gesundheitsfonds zwar dieselben Pro-Kopf-Ausgaben von 2.096 Euro haben, nach dem BVA-Zuweisungs-

11 In diesem Zusammenhang ist die Neuregelung des § 242 SGB V zu beachten, nach der der Zusatzbeitrag 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht übersteigen darf.

Wettbewerbs-Modell aber einer unterschiedlichen Realität bezüglich Zusatzbeitrag oder Prämie gegenüberstehen.

Dies wird die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen nachhaltig verändern. Eine Evaluation dieser Veränderungen ist vom Gesetzgeber bisher noch nicht vorgelegt worden.

1.1.5.3.11 Veränderungen der medizinischen Versorgung

In Abbildung A2 sind Veränderungen in der medizinischen Versorgung in Rubrik J. dargestellt. Es wird darauf hingewiesen, dass die geplanten Änderungen in der kassenärztlichen Honorarwelt 2009 vor allem auch in Bezug auf ihre Regionalwirkung bisher noch nicht vom Gesetzgeber berechnet worden sind. Ebenso sind die finanziellen Auswirkungen eines Systemausstiegs der Kassenärzte, wie derzeit in Bayern zu beobachten ist, für 2009 ungeklärt.

Gleiches gilt für den Ordnungsrahmen der Krankenhäuser 2009 sowie für die diskutierten Veränderungen der stationären Vergütung bezüglich der Einführung eines Bundes-Basisfallwerts.

Insgesamt resultieren aus den Veränderungen der ambulanten und stationären Ordnungsrahmen auch Veränderungen in den Finanzvolumina, die in den Bundesländern zur Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Dies ist relevant für das Verfahren zur Umsetzung und Evaluation der Konvergenzklausel.

Ungeklärt sind zudem die Rückkopplungseffekte, die sich aus einer kontraktiven Makrobudget-Steuerung in Bezug auf Quantität und Qualität der medizinischen Versorgung in den Bundesländern ergeben.

1.1.5.3.12 Zusammenfassung und Empfehlung

Die Ausführungen zeigen, dass bisher alle wichtigen Finanzierungsfragen zur Umsetzung des für 2009 geplanten GKV-Finanzierungssystems vom Gesetzgeber unbeantwortet sind. Dies gilt vor allem für die wichtigste Frage:

Kann das derzeitige Versorgungsniveau der Patienten in allen Regionen aufrecht erhalten bleiben?

Dieser Zustand der Unsicherheit und Ungewissheit wird sich bis Ende 2008 nicht ändern und in das Jahr 2009 hineinwirken.

Hinzu kommt, dass die beschriebene Systemumstellung derart massiv und plötzlich ist, dass Verwerfungen vorausgezeichnet sind. So führt beispielsweise das System negativer Deckungsbeiträge dazu, dass die Krankenkassen in einen unkalkulierbaren, aber vom Gesetzgeber inhaltlich gesteuerten und damit auch zu verantwortenden Prozess geraten, durch den sich die Zahl der Krankenkassen abbauen wird.

Nicht aus Wettbewerbsgründen, sondern aus einem Automatismus heraus, der das Ergebnis einer chaotisch-zentralistischen Grundtendenz des GKV-WSG ist. Welche Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Ersatzkassen durch diesen Automatismus in Finanzierungsprobleme geraten, kann derzeit vom Gesetzgeber nicht beantwortet werden.

Dennoch antizipiert der Gesetzgeber schon heute die selbst geschaffenen Finanzierungsprobleme, was die Diskussion zu Haftungsfragen der Bundesländer bezüglich der erwarteten Krankenkassenpleiten zeigt. In diesem Zusammenhang ist geplant, das finanzielle Insolvenzrisiko der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzutreten, d.h. durch die Beitragszahler der GKV finanzieren zu lassen.

Empfehlung: Es wird empfohlen, die inhaltlichen und zeitlichen Vorgaben der Umsetzung des GKV-WSG zu überarbeiten. Vor allem sollte die bisherige Umsetzungsstrategie durch eine Strategie der sukzessiven Implementation und Erfolgskontrolle ergänzt werden:

Im ersten Schritt sollte der Morbi-RSA dem Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats folgend im Jahr 2009 in das bestehende GKV-Finanzierungssystem eingeführt, modifiziert und dessen Auswirkungen evaluiert werden.

Nach erfolgreicher Umsetzung und Weiterentwicklung des Morbi-RSA sollte im zweiten Schritt ab 2010 der Gesundheits-

fonds als kleiner Gesundheitsfonds verbunden mit großen Wettbewerbs-Zusatzbeiträgen umgesetzt werden.

Der kleine Gesundheitsfonds hätte dann die Aufgabe, Arbeitgeberbeiträge und Beiträge der Sozialversicherungsträger (z.B. Krankenkassen-Beiträge der gesetzlichen Rentenversicherung) zu administrieren, wobei der Morbi-RSA zu einem Verteilungsschlüssel für den kleinen Gesundheitsfonds weiterentwickelt werden müsste. Hierbei könnte auf Erfahrungen aus dem Ausland zurückgegriffen werden, z.B. auf die Niederlande, wo ein kleiner Gesundheitsfonds erfolgreich umgesetzt worden ist.

Der kleine Gesundheitsfonds hätte zwei Vorteile: Über die resultierenden „großen“ Wettbewerbs-Zusatzbeiträge würden die Krankenkassen zueinander in einen fairen Wettbewerb treten. Zudem könnte die Konvergenzklausel entfallen. Beides würde zu einer Wettbewerbsstärkung führen.

Dagegen wird von einer simultanen Umsetzung der System-Komponenten Morbi-RSA, Gesundheitsfonds, BVA-Wettbewerbs-Zuweisungs-Modell, Konvergenzklausel und ausgabenseitige Veränderungen zum Januar 2009 ausdrücklich abgeraten.

Denn die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass sich die Umsetzungsprobleme jeder einzelnen System-Komponente im Zusammenspiel potenzieren, da Kausalitäten und Interdependenzen in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen bisher ungeklärt sind.

| 1.2

Kostenerstattung – ein Baustein einer umfassenden marktwirtschaftlichen Gesundheitsreform

Prof. Dr. Michael Eilfort

Das deutsche Gesundheitssystem weist zahlreiche Defizite auf: Neben seiner unzureichenden Demographiefestigkeit gibt vor allem das Fehlen ausreichender marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen Anlass zu Kritik. Letzteres beruht zu großen Teilen auf einem falschen oder fehlenden Verständnis für die Voraussetzungen und Funktionsprinzipien einer marktwirtschaftlichen Wirtschaftsordnung. An zwei Punkten wird das exemplarisch besonders deutlich.

Der erste betrifft die Finanzierungsseite des Gesundheitssystems, genauer die Abwicklung eines Teils des gesellschaftlichen Solidarausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit dieser Aufgabe ist die GKV überfordert. Die Verknüpfung des eigentlichen Versicherungsprinzips – Zugang zu Gesundheitsleistungen bei Eintritt des Risikos Krankheit – mit sozialpolitisch motivierter Einkommensumverteilung in der GKV führt dazu, dass diese weder als effizientes, auf Eigenverantwortung und Wettbewerb basierendes Krankenversicherungssystem, noch als zielgenaues solidarisches Umverteilungsinstrument gut funktioniert. Wenn die Versicherungsprämie keinen Bezug zu den versicherten Leistungen hat, sie sich also nicht am versicherten Risiko, sondern wie in der GKV am Arbeitseinkommen orientiert, dann gehen der marktwirtschaftliche Preismechanismus und die durch ihn ausgeübte Informations- und Anreizfunktion verloren. Um dieses Problem zu lösen, muss man als erstes den Solidarausgleich aus der GKV herausnehmen und statt dessen über das allgemeine Steuer-Transfer-System abwickeln, ganz im Sinne der wirtschaftspolitischen Grundregel, dass man für zwei Ziele auch zwei voneinander unabhängige Instrumente benö-

tigt. Dadurch würde unsere Gesellschaft weder unsolidarischer noch ungerechter. Aber die institutionellen Zuständigkeiten wären klar definiert und ermöglichten passgenaue und funktionierende Lösungen, sowohl was den eigentlichen Krankenversicherungsschutz als auch was den Solidarausgleich betrifft.

Aber auch auf der Ausgabenseite sind funktionierende marktwirtschaftliche Lösungsansätze Mangelware. In weiten Teilen der Bevölkerung wie auch der Politik besteht der Irrglaube, die Gesundheitsversorgung und medizinische Dienstleistungen seien von anderen Gütern so verschieden, dass ihre Bereitstellung nicht einfach dem Wettbewerb und dem Profitstreben privater Unternehmen ausgesetzt werden dürfe. Vielen fällt es schon schwer, den Patienten überhaupt als aufgeklärten Kunden zu akzeptieren. Statt dessen verlässt man sich lieber auf eine gewaltige Staatsbürokratie, die in Verbindung mit einem korporatistischen System aus Partikularinteressen – auch als Selbstverwaltung bezeichnet – budgetiert, reguliert und vereinheitlicht. Wirtschaftlichkeit und hohe Qualitätsstandards lassen sich so jedoch nicht im erforderlichen Umfang realisieren. Als Folge muss der Gesetzgeber in schöner Regelmäßigkeit alle paar Jahre einen neuen „Reformanlauf“ im Gesundheitssystem nehmen. Dabei wurde in der Vergangenheit – mehr oder weniger verschämt und zumeist nur halbherzig – durchaus das eine oder andere anreizgenerierende und wettbewerbsfördernde Instrument mit dem Ziel der Kostendämpfung eingeführt. Als Stichworte seien hier exemplarisch Kürzungen im Leistungskatalog, Zuzahlungen zu Arzneimitteln, die Praxisgebühr, aber auch die Möglichkeit, dass Kassen im Arzneimittelbereich Rabattverträge abschließen können, genannt. Diese Elemente bleiben jedoch in einem primär nach planwirtschaftlichen Strukturprinzipien organisierten Gesamtsystem notwendigerweise Hilfskrücken mit zumeist beschränktem Wirkungsgrad. Dementsprechend wird ihnen in der Regel auch nur ein eingeschränkter und in der Regel zeitlich nur sehr begrenzter Erfolg zuteil.

Zu den halbherzigen Versuchen, doch ein bisschen Markt und Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

zu realisieren, kann man auch die derzeitigen Möglichkeiten, in der GKV Kostenerstattung zu wählen, einordnen. Anders als in der privaten Krankenversicherung (PKV), in der Kostenerstattung das tragende Prinzip ist, sieht § 2 Abs. 2 SGB V für die GKV das Sachleistungsprinzip als Standardfall vor. Den Patienten werden im Regelfall nicht einmal die Kosten ihrer Behandlung offengelegt. Kostenerstattung ist hingegen nur in ausdrücklich aufgezählten Ausnahmefällen zulässig. Abgesehen von Sonderregelungen für Einzelfälle wie etwa eine Inanspruchnahme von Leistungen im europäischen Ausland, können Versicherte gemäß § 13 Abs. 2 SGB V auch in der gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung als für sie geltende Versicherungsleistung wählen. Dabei ist eine Beschränkung der Wahl auf ausgewählte Bereiche der medizinischen Versorgung möglich. Macht ein Versicherter vom Wahlrecht auf Kostenerstattung Gebrauch, ist er mindestens ein Jahr daran gebunden. Allerdings leisten die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung maximal in der Höhe, die sie bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätten. Darüber hinaus muss die Kasse ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorsehen.

Neben dieser Regelung, die für alle Versicherten nutzbar ist, haben die gesetzlichen Kassen seit jüngstem auch nach § 53 Abs. 4 SGB V die Möglichkeit, durch eine entsprechende Satzungsregelung Wahltarife mit Kostenerstattung anzubieten. Sofern der Wahltarif Zusatzprämien für die Versicherten vorsieht, ist auch eine Kostenerstattung über den gesetzlichen Leistungsumfang hinaus möglich. Anders als beim oben genannten Wahlrecht auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V muss sich ein Versicherter für mindestens drei Jahre an einen solchen satzungsabhängigen Wahltarif binden.

Angesichts dieser Regelungen zeigt sich zweierlei. Zum einen ist es nicht allzu verwunderlich, dass das Kostenerstattungsprinzip in der GKV nur wenig in Anspruch genommen wird, schließlich ist es für die gesetzlich Versicherten nur von begrenzter Attraktivität. Zum anderen ergeben sich im gegen-

wärtigen System der GKV erhebliche Friktionen und Ungeheimtheiten aus dem Nebeneinander von Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip, beispielsweise was die Vergütung identischer Leistungen bei ein und demselben Leistungserbringer betrifft. Das derzeitige Vergütungssystem für ärztliche Leistungen ist von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägt. Zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung steht somit noch nicht fest, welchen Euro-Betrag der behandelnde Arzt für seine Leistung erhält. Aus Sicht des Patienten sind somit auch die Kosten seiner Behandlung noch gar nicht klar definiert. Ein solches Vergütungssystem mag das Sachleistungsprinzip nicht weiter tangieren, für das Kostenerstattungsprinzip ist es jedoch denkbar unpassend. Allerdings zeichnet sich diesbezüglich durch die geplante Euro-Gebührenordnung zumindest perspektivisch Besserung ab.

Für die Verwirklichung eines effizienten, auf marktwirtschaftlichen Grundsätzen basierenden Gesundheitssystems wäre der vollständige Übergang vom Sachleistungsprinzip auf das Kostenerstattungsprinzip in der GKV nur konsequent. Dann hätten die Patienten zum einen die volle Information über die ihnen in Rechnung gestellten Kosten, was heute in der GKV trotz der Möglichkeit einer Patientenquittung eher Seltenheitswert hat. Kostentransparenz ist jedoch nur eine notwendige, aber noch keineswegs hinreichende Voraussetzung für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Zwar kann sich nur derjenige, der die Kosten seiner Behandlung kennt, als mündiger Patient fühlen. Allein das Wissen über die Kosten bedeutet jedoch noch nicht automatisch, dass sich der Versicherte auch sparsamer verhält, eine gewisse Kontrollfunktion gegenüber der ärztlichen „Rechnungsstellungskreativität“ ausübt und versucht, nur medizinisch notwendige oder besonders günstige Leistungen in Anspruch zu nehmen. Schließlich trägt nicht er selbst, sondern die Versichertengemeinschaft die Behandlungskosten. In dieser Hinsicht unterscheidet sich eine Krankenversicherung nicht von anderen Versicherungen. So lange andere für die gesamten Kosten aufkommen, der vom Einzelnen für eine Leistung wahrgenommene Preis also gegen

Null geht, muss man sich nicht wundern, wenn die Nachfrage maximiert wird. Als weitere Bedingung für eigenverantwortliches Handeln und einen effizienten Ressourceneinsatz bedarf es daher einer Beteiligung des Patienten an den tatsächlichen Behandlungskosten in Form eines prozentualen Selbstbeitrages. In dieser Kombination spielt das Kostenerstattungsprinzip seine ganze Stärke aus. Und wenn dann noch eine Verknüpfung der Ausgabenseite mit der Finanzierungsseite durch risikoäquivalente Versicherungsprämien erfolgt, ist man dem Ziel eines erfolgreichen, weil effizienten und auf Wettbewerb basierenden Gesundheitssystems ein großes Stück näher gekommen. Das gegenwärtige System der gesetzlichen Krankenversicherung mit Eigenbeteiligungen ohne Informationen über die tatsächlich entstehenden Kosten ist hingegen ein Torso, von dem nur geringe Steuerungswirkungen ausgehen.

Für sich allein genommen reicht der Übergang zum Kostenerstattungsprinzip sicherlich nicht aus, um ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu erhalten. Er stellt aber einen Baustein neben vielen weiteren wichtigen Reformschritten dar.

| 1.3

Der große Widerspruch

Prof. Dr. Gerd Habermann

*„Aber Hilfe für einige Notfälle berechtigt wohl kaum dazu,
die ganze Bevölkerung in eine Zwangsjacke zu stecken.“*

MILTON FRIEDMAN

Die „Sozial“-versicherung – ursprünglich „Arbeiter“-versicherung genannt – ist vor allem aus politischen Gründen von Bismarck gegen heftigen liberalen, sogar sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Widerstand durchgepaukt worden. „Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen oder soll ich sagen, zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.“ Es ging Bismarck um konservativ-monarchische „Staatsraison“, die Schwächung der SPD und besonders auch die Schwächung des liberalen Bürgertums, das mit Marktwirtschaft, Versicherungs- und Genossenschaftsidee eine nichtautoritäre Lösung der Probleme verfolgte. Es ging ihm also nicht im Mindesten um humanitäre oder christliche Anliegen. Die Sozialversicherung war ursprünglich eine Proletarierversicherung, heute ist sie fast eine Volksversicherung: die Mitgliedschaft bei ihr stigmatisiert nicht, der „Generaldirektor auf Chip-Karte“ geniert sich auch in einer zwangssolidarischen Noteinrichtung nicht mehr. Insofern ist es nicht falsch, von einer Proletarisierung der Bevölkerung durch die Sozialversicherung zu sprechen. Sie ersetzt die Eigenverfügung eines freien Bürgers durch herrschaftliche Fremdverfügung. Der Ausdruck „Versicherung“ in diesem Zusammenhang ist im Übrigen eine demagogisch motivierte Irreführung: Es geht ja im Wesentlichen um staatswirtschaftliche Planung, Zuteilung und Umverteilung, von kaufmännischen Prinzipien ist kaum die Rede. Die Sozialversicherung ist darum ursprünglich eher ein Ersatz für die frühere Armenhilfe als eine „Versicherung“ – wie

der einkommensabhängige Beitrag statt risiko-äquivalenter Prämienberechnung, der Familienbeitrag, das Sachleistungssystem usw. zeigen. Der Arzt hat in diesem Gebilde bisher – trotz erster Auflösungserscheinungen durch die nun auch für Pflichtversicherte gegebene mögliche Option (nicht Regell!) einer Kostenerstattung – die Stellung des Armenarztes des 18. Jahrhunderts: es war den (proletarischen) Patienten jener Zeit eben nicht zuzumuten, die Kosten für die Behandlung auch nur vorzustrecken. So brauchte man ihnen auch nicht einmal die Kosten zur Kenntnis zu geben. Der Bürger wurde damals insoweit behandelt wie ein krankes Kind – nach seinen Bedürfnissen, ohne Rechnung und so ist es auch noch heute, soweit das Sachleistungsprinzip regiert! Der Widerstand dagegen ist bestürzend schwach.

Das Befremdliche an diesem Vorgang ist: Je mehr Einkommen, Vermögen, Bildungsstand der Bürger im vergangenen Jahrhundert zunahmen, desto mehr wurde das proletarisierende Zwangssystem ausgebaut. Die auch von Erhard angestrebte Richtung wäre das Gegenteil davon gewesen: Senkung der Versicherungszwangsgrenze, Einführung einer Kostenerstattung für alle, Wahltarife, Individualprämie, Wiederherstellung der Selbständigkeit des Arztes, Abschaffung der kassenärztlichen Vereinigungen, Umwandlung der diversen Gesundheitskassen in private Versicherungsgesellschaften usw. Stattdessen vertut das hohe Haus seine kostbare Zeit beispielsweise damit, ganze Tage über die Neuregelung beim Zahnersatz oder die Selbstbeteiligung bei Stützstrümpfen zu diskutieren. Was hätten unsere Politiker auch nachmittags zu tun, wenn ihnen der Großteil ihres politischen Sortiments – das Sozialbudget, die stimmenbringenden sozialen Wohltaten – entzogen wäre? Wir hätten wieder die Chance eines Freizeit- oder Milizparlamentes wie in der Schweiz!

Es versteht sich ja eigentlich von selbst, dass für die Absicherung von normalen Einkommensrisiken jedermann selbst zuständig ist. Warum darf er nicht gegen die kleinen Probleme seines Alltags (Einkommensverlust bei Krankheit usw.) vorsorgen, wo er doch sogar das gewaltige politische Vorrecht hat,

bei den großen Fragen der Zeit über Wahlrecht oder Volksabstimmung mitzureden? Ist er politisch mündig, sozial und wirtschaftlich aber unmündig? Passen Wohlfahrtsstaat und Demokratie wirklich zusammen? (Wir schweigen hier von der dramatischen sonstigen Einschränkung der Vertragsfreiheit durch Verbraucherschutz, Antidiskriminierungsgesetze etc. Ebenso dramatisch ist die zunehmende Sozialisierung der Familie durch „Familienpolitik“. Wichtige Säulen der bürgerlichen Gesellschaft – die Selbstverantwortlichkeit, Verbrauchersouveränität und Subsidiarität – sind damit angegriffen!)

Die Privatversicherung ist seit jeher die bürgerliche Antwort auf die soziale Frage: Sie ist als freiwillige Versicherung der gefährdeten kleinen Leute („Gefahrengemeinschaft“), ergänzend zur Familie und anderen Formen privater Vorsorge, das ideale Mittel der Selbsthilfe der „sozial Schwachen“. Es wird Fälle geben, in denen Einzelne risikoäquivalente Prämien nicht aufbringen können (z. B. chronisch Kranke, Schwerbehinderte, Erwerbsunfähige): Hier mag ein einkommensabhängiger Beitragszuschuss (Subjekt- oder Direktförderung nach geprüfter Bedürftigkeit) zweckmäßig sein. Es mag – schon nicht mehr ganz so liberal – einen Versicherungszwang für große Risiken für alle Bürger geben, über das hinaus, was gegenwärtig realisiert ist (die „Selbständigen“ sind in Deutschland insoweit sozial immer noch frei!). Es mag schließlich sogar – um die Neidhammel zu beschwichtigen – ein Kontrahierungszwang für alle Risiken geben (selbstverständlich ist langfristig die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen der Versicherungen): Dennoch würde dies ein durch Wettbewerb und freie Verträge charakterisiertes Versicherungssystem mit wirklich freiberuflichen Ärzten, freien Krankenhäusern, freien Apotheken und vor allem freien Patienten sein. In einem solchen System würde es auch keine Verbindung von Arbeitsvertrag mit sozialer Sicherung mehr geben, die gegenwärtig dazu führt, dass die Politik eine boomende Branche niederhält, um die Arbeitskosten nicht ansteigen zu lassen. Eine Absurdität ersten Ranges! Es würde dann jeder frei entscheiden, was ihm die Vorsorge gegen Krankheit wert ist.

Ist etwas dagegen zu sagen, wenn die Bürger – im Zeitalter der Wellness-Kultur – zunehmend Mittel im Bereich der Gesundheitspflege einsetzen? Welchen Politiker sollte das kümmern? Welcher absurder Ansatz, in einer wachsenden „Gesundheitsindustrie“ die „Kosten dämpfen“ zu wollen. Aber unser „Gesundheitswesen“ befindet sich eben in einem Zustand der Verwirrung – sowohl begrifflich als auch ökonomisch. Die schon aus demographischen Gründen unvermeidliche Strukturreform wird kommen. Es wird hoffentlich nicht jene kollektivistische „Bürgerversicherung“ sein, die die Probleme nur verallgemeinert bzw. verschiebt. Dieser Weg wurde leider mit der jüngsten sogenannten Gesundheitsreform begangen – nur knapp wurde eine Sozialisierung des privaten Krankenversicherungssystems vermieden: und dies nicht einmal 20 Jahre nach dem Zusammenbruch des sozialistischen Systems! Eine solche Reform würde den Exodus des Kapitals und der unternehmerischen Intelligenz ja nur beschleunigen ... Wir brauchen keine Sozialversicherung für alle mehr! Mit der Privatisierung der GKV könnte man beginnen und so auch die angebliche Zwei-Klassen-Medizin überwinden. Alle würden dann das Vorrecht des Privaten genießen.

| 1.4

Von den Privaten lernen – für ein allgemeines Kostenerstattungsprinzip

Wolfgang Müller und Frederik Cyrus Röder

Kaum jemand wird bestreiten, dass das deutsche Gesundheitssystem strukturell krankt. Selbst die meisten Ursachen werden von verschiedenster politischer Couleur gleichermaßen ausgemacht. So sind der medizinisch-technische Fortschritt, die steigende Lebenserwartung und der demographische Wandel schnell als Gründe für die aktuellen Finanzierungsprobleme ausgemacht. Doch dies sind Bedingungen, mit denen auch alle anderen westlichen Industrienationen zu kämpfen haben, diese aber teils wesentlich besser in den Griff bekommen. Es gilt also stärker über die internen und strukturellen Kostentreiber des deutschen Gesundheitssystems zu diskutieren.

Ein bedeutendes Problem des staatlichen Gesundheitswesens ist das vorherrschende Verantwortungsvakuum der einzelnen Akteure. Patienten reizen den gesetzlichen Leistungskatalog stark aus und sehen keinen Grund dafür, ihre Nachfrage dem medizinisch notwendigen Bedarf anzupassen. Ärzte versuchen mit möglichst vielen erbrachten Leistungen ihr individuelles Punktekonto zu steigern, um nach der Honorarverteilung noch schwarze Zahlen schreiben zu können. Man spricht hierbei von einer Rationalitätenfalle, da sich jeder Akteur aus seiner Sicht rational verhält. Volkswirtschaftlich gesehen wird allerdings ein hohes Maß an Verschwendung betrieben. Jeder Leistungsanbieter versucht also möglichst viele abrechenbare Leistungen zu erbringen, um die Punkte und damit das Honorar zu steigern. Die Patienten sehen darin kein Problem, da sie auf den ersten Blick nicht für die empfangenen Leistungen zur Kasse gebeten werden. Dies kann man auch als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnen, da der Nachfrager

dazu ermutigt wird, die Leistung in Anspruch zu nehmen und er zudem nicht für sie direkt aufkommen muss.

Dadurch entsteht ein Vakuum zwischen Handeln und Haf- ten der einzelnen Akteure. Sie können ihr Handeln so verän- dern, dass sie sich einen größeren Vorteil versprechen; für die Konsequenzen dieser Handlungen muss aber der gesamte Ver- sicherungskreis und im Endeffekt auch der Steuerzahler durch steigende Kosten des Gesundheitssystems haften. Diese Ent- wicklungen führen in einen Teufelskreis, der aufgrund fehlen- der Haftungselemente in eine Kostenexplosion mündet. Durch die gesteigerte Nachfrage und deren Inanspruchnahme steigen auch die Kosten im System. Dies führt mittelfristig zu steigen- den Beiträgen der Kassen; das wiederum führt zu einem erhöh- ten Anspruchsdenken der Versicherten.

Aufgrund mangelnder Selbstbeteiligung sehen die GKV- Versicherten kaum einen Grund, nur eine begrenzte Anzahl an Leistungen nachzufragen. Zwar nehmen Patienten die Behand- lungszeit, Einkommensausfälle sowie Risiken und Unannehm- lichkeiten von Behandlungen wahr, doch werden sie in der Regel nicht mit den monetären Kosten von Gesundheitslei- stungen konfrontiert. Mit der Einführung der Praxisgebühr im Jahre 2004 wurde zwar der Versuch unternommen die Nach- frage stärker zu steuern. Doch es wurde lediglich eine Eintritts- schwelle von 10 Euro pro Quartal geschaffen, nach deren einmaligem Überschreiten die Nachfrage wieder gänzlich un- elastisch ist. Um die Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -leistungen stärker an ihren Preis zu koppeln (wie es bei Gütern und Leistungen in einer Marktwirtschaft üblich ist), sind ein stärkeres Kostenbewusstsein beim Versichertenkreis zu schaf- fen und wirkungsvollere Elemente der Selbstbeteiligung einzu- führen. Es gilt allerdings zu beachten, dass es im Gesundheits- bereich Güter gibt, deren Nachfrage in gewissen Situationen immer starr bleibt. Dazu gehören beispielsweise lebensretten- de Maßnahmen, für die der akut Betroffene bereit wäre, jeden Preis zu zahlen. Solche Leistungen müssten aufgrund oben ge- nannter Gründe von einer Selbstbeteiligung ausgeschlossen werden. Auf jeden Fall müsste in diesen Situationen sicherge-

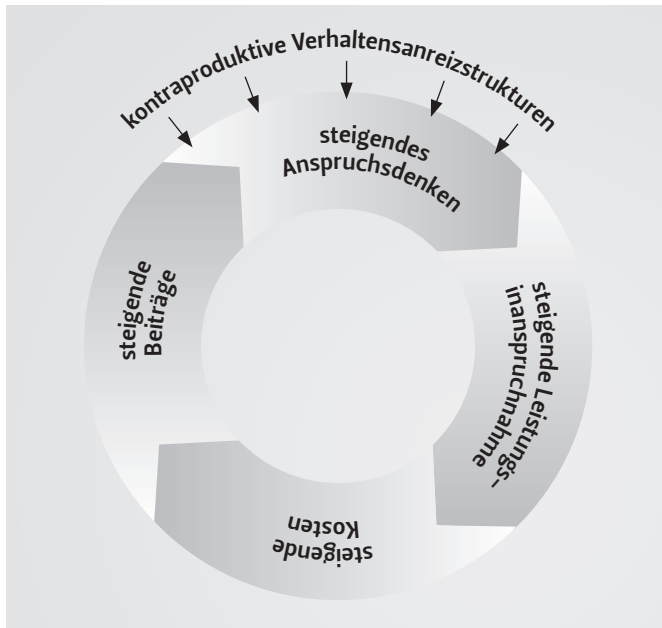
stellt werden, dass durch eine Selbstbeteiligung die individuelle Fähigkeit zur Leistungsanspruchnahme nicht beeinträchtigt wird.

Das von Gegnern eines marktwirtschaftlichen Gesundheitssystems häufig vorgebrachte Argument, dass man den Bürger aufgrund der vorhandenen Informationsasymmetrien, also dem Wissensgefälle zwischen Leistungserbringer und Leistungsanspruchnehmer, in kein mündiges Arzt-Patient-Verhältnis bringen könne, ist nur bedingt schlüssig. Denn gerade bei der Einführung eines allgemeinen Kostenerstattungsprinzips erhielte der Patient ein vermehrtes Maß an Transparenz und Einblick in die tatsächlich durchgeführten medizinischen Leistungen.

Für die Einführung des Kostenerstattungsprinzips spricht zudem das mit dessen Einführung obsolet werdende Ritual der bürokratischen Quartalsmeldungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen, bei der sämtliche Daten über behandelte Patienten, festgestellte Diagnosen und erbrachte Leistungen des letzten Quartals an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden. Die Ärzte würden ihr Honorar direkt vom Leistungsempfänger erhalten. Dies würde einen großen Teil der Bürokratie in deutschen Arztpraxen überflüssig machen. Ärzte müssten weniger Zeit für fachfremde Tätigkeiten aufwenden. Ein weiterer Effekt wäre die Stärkung der finanziellen Planungssicherheit bei Ärzten. Die Patienten würden das vorgestreckte Honorar von ihrer Kasse erstattet bekommen.

Die angeführten Ergebnisse der Einführung eines allgemeinen Kostenerstattungsprinzips und eine damit verbundene Abkehr vom Sachleistungsprinzip sowie die Einführung von effektiven Selbstbeteiligungsmechanismen könnten sowohl den Teufelskreis des staatlichen Gesundheitswesens durchbrechen, bürokratische Prozesse in den Praxen abbauen als auch Organen auf der Mesoebene, wie zum Beispiel einigen Körperschaften des öffentlichen Rechts, ihre Legitimation entziehen. Kostensteigerung durch den demographischen Wandel oder den medizinisch-technischen Fortschritt könnte man damit zwar nicht bekämpfen, es würde jedoch eine deutliche Verbesserung

zum Status quo erreicht und zum Teil auch die prozesspolitische Gängelung der Leistungserbringer runterfahren.



Der Teufelskreis des staatlichen Gesundheitssystems

Es gibt auch wesentlich marktnähere Lösungen für die gesundheitliche Grundsicherung. So könnte der Staat mittels so genannter „umgekehrter Versteigerungen“ eine Grundversicherung garantieren. Der Staat würde jeden Bürger in Form eines anonymisierten und risikoäquivalenten Gesundheitsprofils als Versicherten zu einem Grundgebot anbieten. Dieses Gebot wird vom Staat solange erhöht, bis sich eine Versicherung findet, die den angebotenen Bürger versichert. Alle Leistungen, die von der staatlichen Grundversorgung nicht abgedeckt werden, könnte der Versicherte zusätzlich buchen. Für den Fall, dass der Versicherte mit seinem zugewiesenen Versicherer unzufrieden sein sollte, besteht die Möglichkeit zu einer favorisierten Versicherung zu wechseln, indem man für

die Preisdifferenz gegenüber dem zugewiesenen Versicherer selbst aufkommt. Dadurch käme es zu einem freien Wettbewerbsmarkt, auf dem Kostensenkungen und Effizienzsteigerungen möglich wären. Anbieter wie Krankenversicherungen oder Versorgungszentren könnten sich auf bestimmte Krankheitsrisiken spezialisieren und nur bei Bürgern mit diesen Risiken agieren. Der Staat würde rein ordnungspolitische Vorgaben machen und es dem Markt überlassen, innovative Modelle zu entwickeln.

1.5.1 Das deutsche Gesundheitssystem steuert falsch

Den Menschen ist ihre Gesundheit teuer. Dies kann man daran erkennen, dass die überwiegende Zahl der Haushalte in Deutschland nach der Miete und den Ausgaben für die Alterssicherung am meisten für die Gesundheit ausgibt. Es stimmt, dass der größte Teil der Bevölkerung bis in die jüngste Vergangenheit mit dem Gesundheitssystem im Großen und Ganzen zufrieden gewesen ist, aber nun auch die Alarmzeichen wahrnimmt, die signalisieren, dass das System nicht mehr verlässlich ist. Verunsicherung und Ärger machen sich allenthalben breit, die Zufriedenheit ist längst dem Gegenteil gewichen. Jeder spürt, dass das System falsch steuert, jeder ahnt, dass es nicht mehr zukunftsfähig ist. Und doch tut sich jeder schwer zu akzeptieren, dass grundlegende Reformen des Gesundheitssystems unvermeidlich sind.

Die breite Verärgerung in der Bevölkerung basiert sicher auf den Schwierigkeiten aller am Gesundheitssystem Beteiligten, den notwendigen Wandel in ihrem tradierten Verhalten hinzunehmen. Aber Protest artikuliert sich auch gegenüber den Besitzstandsinteressen mancher organisierter Interessengruppen sowie gegenüber der Politik, die seit Jahren die ordnungspolitischen Defizite des deutschen Gesundheitssystems nicht wahrzunehmen gewillt ist und anstelle eines grundlegenden systemtheoretischen Umsteuerns einer Reparaturstrategie anhängt in dem Glauben, man könne das System durch interve-

12 Dieser Beitrag ist der Publikation „Kostenerstattung – ein Ausweg aus der Rationierung von Leistungen in der GKV?“ aus dem Jahr 2004 entnommen und aktualisiert worden. Auf die Entwicklungen des GKV-WSG geht der Beitrag aus diesem Grund nicht ein.

nierendes Drehen, Nachdrehen und Nachnachdrehen an den berühmten Stellschrauben über die Runden retten. Exemplarisch verwiesen sei hier auf die vielen Kostendämpfungsprogramme, die ja immer nur die finanzielle Krise für einige Zeit verschoben haben, aber letztlich allesamt gescheitert sind.

Der fundamentale Fehler dieser Strategie liegt zum einen in der politischen Zielorientierung, in einer Wachstumsbranche primär kurzfristige fiskalische Wirkungen erzeugen zu wollen, nämlich: die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die den Einnahmen seit Jahren davonlaufen, zu deckeln und damit gleichzeitig die Lohnzusatzkosten zu stabilisieren, um nicht über steigende Gesundheitsausgaben die Arbeitsplätze zu gefährden. Zum zweiten liegt der Fehler in einer ideologisch und sozialpaternalistisch überfrachteten Missachtung der systemischen Wirkungen von Anreizstrukturen: Menschen reagieren auf Anreize. Deshalb sind es die vorgegebenen Regelsysteme, die individuelles Handeln in einer Gesellschaft kanalisieren. Sind diese Regeln falsch gesetzt, bringen die Akteure – ohne es zu wollen – gesamtgesellschaftlich schädliche Ergebnisse hervor. Dann darf man nicht die Akteure tadeln, sondern muss die institutionellen Bedingungen so ändern, dass gesellschaftlich erwünschte Wirkungen erzeugt werden. Theoretische Überlegungen und alle empirischen Erfahrungen zeigen, dass marktwirtschaftliche Regelsysteme diesbezüglich am besten geeignet sind. Warum ist das so?

1.5.2 Die Genialität marktwirtschaftlicher Regelsysteme

Auf funktionierenden Märkten steuert die Nachfrage das Angebot über Preise, die eine echte Signalfunktion für Knappheiten ausüben und die das Angebot in die Bereiche lenken, die den Wünschen der Nachfrager entsprechen. Sowohl Anbieter als auch Nachfrager handeln – das ist wohl so etwas wie eine anthropologische Konstante – prinzipiell eigennutzorientiert in dem Sinne, dass sie die Früchte ihres Tuns primär sich selbst (und ihrer Familie) aneignen wollen. Das schließt altruistisches Handeln keineswegs aus, aber je anonym der Bezie-

hungen zwischen Menschen und je mehr diese Beziehungen auf Einkommenserwerb ausgerichtet sind, desto mehr tritt die Egozentriertheit menschlichen Handelns in den Vordergrund. Das ist keineswegs moralisch verwerflich, sondern es ist vielmehr die verlässliche Basis für die Konstruktion dauerhaft funktionsfähiger gesellschaftlicher Anreizsysteme.

Die Genialität marktwirtschaftlicher Regeln liegt nämlich darin, dass das individuelle Eigennutzstreben aller Beteiligten durch den Mechanismus des Wettbewerbs in eine gesellschaftliche Wohltat überführt wird, ohne dass die Individuen dies explizit anstreben. Es kommt also nicht auf das individuelle Motiv eines Anbieters (Eigennutz oder Altruismus) an, wenn er die Wünsche des Kunden befriedigt, sondern er wird durch den Wettbewerb einfach dazu gezwungen, ein gegenüber seinen Mitbewerbern möglichst attraktives Angebot zu offerieren. Sonst hat er das Nachsehen und also keinen Erfolg. Das nützt dann allen Kunden und dient insofern dem Gemeinwohl, als ja der Kunde König sein soll, denn er ist schließlich Dreh- und Angelpunkt der ganzen Veranstaltung. Deshalb vergleichen die Kunden und suchen sich die Anbieter mit dem aus ihrer Sicht jeweils besten Preis-Leistungsverhältnis aus. Kann ein Anbieter die Wünsche der Nachfrager in Bezug auf Preis, Qualität, Service usw. besser als andere Mitbewerber befriedigen, dann kommt es zu einem Austauschvertrag. Es erfolgt eine direkte Zahlung vom Kunden an den Unternehmer, die dessen Kosten abdeckt und – möglicherweise bzw. aus der Sicht des Unternehmers: hoffentlich – einen Gewinnzuschlag realisiert.

Der Preis, den der Kunde für die empfangene Leistung zahlt, ist nicht höher als der zusätzliche Nutzen, den er aus der Leistung zieht, denn sonst würde er diesen Preis freiwillig ja gar nicht zahlen. So kommt es, dass freiwilliger Tausch zu Marktpreisen für beide Seiten – Anbieter und Nachfrager – von Vorteil ist. Wäre es anders, käme ein Tausch überhaupt nicht zustande. Dies zeigt auch, wie wichtig die Existenz von Freiwilligkeit und die Abwesenheit von Zwang ist, damit beide Seiten – und nicht nur eine: entweder der Anbieter oder der Nachfrager – ihren gebührenden Nutzen aus dem Marktgeschehen

ziehen können. Der Preis, den der Kunde zahlt, bedeutet zudem, dass dieser auf einen alternativen Kauf verzichtet, denn man kann ja sein Geld nicht zweimal ausgeben.

Damit signalisiert der Preis also die Höhe der Wertschätzung, die der Kunde dem Kauf einer spezifischen Leistung gegenüber einer anderen Alternative beimisst, auf die er verzichtet. Man kann deshalb auch sagen, dass der Preis ein Signal für die Höhe der Verzichtskosten ist, die die Marktteilnehmer zu tragen bereit sind, wenn sie sich für den Kauf eines speziellen Angebots entscheiden. Steigende und fallende Preise verändern dann also die Verzichtskosten, und die Marktteilnehmer orientieren sich in ihren Dispositionen neu: Sie kaufen hier mehr und dort weniger, weil ihnen dies mehr und anderes weniger wert geworden ist. So steuern Preise und deren Veränderungen die Angebots- und Nachfrageentscheidungen der Marktteilnehmer nach deren eigenen Präferenzen (Preissteuerung), ohne dass es dazu einer politischen Behörde bedarf, die das alles zentral plant. Eine solche Zentrale wäre sogar störend, denn sie hätte gar nicht das Wissen, das die vielen Tausenden von Marktteilnehmern mitbringen, um sich über Preissignale durch Tauschvereinbarungen dezentral zu koordinieren. Wegen dieses fehlenden Wissens planen Behörden in aller Regel auch vielfältig an den Bedürfnissen der Menschen vorbei.

1.5.3 Die Spezifika auf Gesundheitsmärkten

Auf dem Markt für Gesundheitsleistungen müssten, wenn er gut funktionieren soll, prinzipiell dieselben Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage gelten, aber es gibt natürlich einige Besonderheiten, die auf herkömmlichen Märkten nicht existieren und die die Marktmechanismen teilweise außer Kraft setzen, weil zum Beispiel eine dritte Partei ins Spiel kommt: die Krankenkasse bzw. Krankenversicherung, von der wiederum spezifische Verhaltenanreize ausgehen. Schließt ein GKV-Patient einen Vertrag mit einem Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, Apotheke) ab, dann realisiert er seinen Anspruch auf die für die Heilung seiner Krankheit notwendi-

gen medizinischen Leistungen (Sachleistungsprinzip) und gegebenenfalls auf Einkommensersatzleistungen in Form von Krankengeld. Er bezahlt jedoch die in Anspruch genommene Leistung nicht selbst, denn er erhält gar keine Rechnung und kommt deshalb auch in keinerlei Kontakt mit den Kosten, die er verursacht hat.

Der Patient ist mithin weder kosteninformiert, noch ist er zahlungspflichtig. Die Zahlung wird vielmehr von der GKV an die Leistungserbringer vorgenommen (wobei hier die institutionellen Spezifika dieses Vorgangs unter Einschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) außer Acht gelassen werden sollen). Dies suggeriert und verstärkt das subjektive Gefühl des Kassenpatienten, medizinische Leistungen seien zum Nulltarif zu haben, zumal er seine Kassenbeiträge völlig losgelöst von der individuellen Leistungsanspruchnahme als eine Quasi-Steuer zu zahlen hat. Im System der privaten Krankenversicherungen ist dies anders: Der Patient bekommt eine Rechnung vom Leistungserbringer, die er auch selbst bezahlen muss. Er ist also über die von ihm verursachten Kosten informiert, und er ist selbst zahlungspflichtig. Seine Versicherung erstattet ihm dann den Rechnungsbetrag je nach Versicherungsvertrag vollständig oder teilweise (Prinzip der Kostenerstattung).

Wenn Menschen gegen Risiken versichert sind, verhalten sie sich anders als ohne Versicherungsschutz. Erstens werden sie bei subjektiver Nulltarifmentalität – wie beschrieben – ihre Nachfrage nach Versicherungsleistungen bis zur Sättigungsmenge überdehnen. Dieses Verhalten, das ein überhöhtes Anspruchsdenken beinhaltet, wird üblicherweise als Freifahrerverhalten bezeichnet. Und zweitens werden sie bei Vollversicherungsschutz ihre individuellen Vorsorgeanstrengungen zur Risikovermeidung minimieren. Sie sind dann „moralische Hazardeure“, die sozusagen ein moralisches Risiko eingehen, weshalb deren Verhalten auch als „Moral Hazard“ bezeichnet wird. Freifahrerverhalten und Moral Hazard bewirken also, dass Versicherungsleistungen überhöht nachgefragt werden, weil es für jeden Versicherten rational ist, dies zu tun.

Daraus resultiert ein Verantwortungsvakuum. Es führt dazu, dass alle Versicherten sich individuell rational verhalten, aber kollektiv die Ressourcen des Gesamtsystems ausplündern.

1.5.4 Sozialpolitik ohne Preisschilder

Kehren wir zurück zu den elementaren Prinzipien der Marktwirtschaft. Generell lässt sich feststellen, dass dem deutschen Gesundheitssystem, das in seinen Grundprinzipien bekanntlich auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung des Jahres 1883 zurückgeht, marktwirtschaftliche Prinzipien grundlegend wesensfremd sind: Leistungsanbieter und der Patient als Nachfrager können, dürfen und müssen sich nicht marktkonform verhalten. Denn Marktwirtschaft gibt es hier so gut wie gar nicht, weil der Gesundheitsbereich nicht als echter Markt für Gesundheitsleistungen organisiert wird. Vielmehr ist die Vorstellung populär, das Gut Gesundheit sei so existenziell und also so spezifisch, dass man es den Marktmechanismen entziehen müsse, die ja im Wesentlichen nur dem Gewinninteresse der Leistungsanbieter, nicht aber den Gesundheitspräferenzen der Patienten dienen würden. Gesundheit dürfe deshalb diesem Gewinninteresse nicht unterworfen werden. Da zudem die Patienten über weite Bereiche ihres eigenen Gesundheitsbedarfs nicht genügend gut informiert seien, müssten es in ihrem Interesse politische und korporatistische Planer richten, denen dieses eigennützige Gewinninteresse fehle und deren Handlungsmotive vor allem auf das Gemeinwohl ausgerichtet seien. Sie verstünden sich als wohlmeinende Agenten, die speziell für die Patienten als deren Prinzipale nutzenstiftend tätig seien und trotz der damit verbundenen Bevormundung aller am Gesundheitssystem Beteiligten insofern einer hochwertigen sozialpaternalistischen Ethik unterlägen.

Dass dies der Realität allerdings gar nicht oder allenfalls am Rande entspricht, muss klar und deutlich hervorgehoben werden. Denn auch Politiker und Verbandsfunktionäre handeln – wie die Menschen allgemein – primär eigennutzorientiert: Sie streben speziell und vor allem nach Wiederwahl. Wenn ihnen

politische Macht gegeben wird, die Marktmechanismen zu ihren Gunsten außer Kraft zu setzen, so verlieren die segensreichen Wirkungen der Freiwilligkeit von Tauschbeziehungen im marktlichen Wettbewerb ihre Bedeutung und Zwang tritt an ihre Stelle, der oft genug vor allem denjenigen nützt, die den Zwang verordnen. Das gegenwärtige Regelwerk des Gesundheitssystems, das die gemeinwohlorientierten Wirkungen der Marktwirtschaft weitestgehend ausblendet, ist deshalb in keiner Phase – auch nicht bei Bismarck – losgelöst von dieser politischen Triebfeder organisiert worden.

Das aus den marktwirtschaftlichen Regeln fast vollständig herausgelöste Zentrum des deutschen Gesundheitssystems ist die GKV, in der rund 90 Prozent der Bevölkerung zwangsversichert sind. Die GKV repräsentiert geradezu das Gegenteil eines institutionellen Arrangements, das nach den skizzierten Erfolgskriterien marktwirtschaftlicher Systemmechanismen organisiert ist. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, dass die GKV als die zentrale Achillesferse des deutschen Gesundheitssystems angesehen werden muss. In einer schrumpfenden und zugleich alternden Bevölkerung, deren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional steigt, ist bei kostentreibendem medizinisch-technischen Fortschritt ein weitgehend zentral und korporatistisch verwaltetes, auf dem Umlageverfahren basierendes Krankenversicherungssystem ohne ausgeprägte marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen schon seit langem nicht mehr zukunftsfähig. Der größte Defekt der GKV liegt in der fast vollständigen Außerkraftsetzung marktlicher Preissteuerung und dem damit verbundenen falschen Anreizsystem, das sie ihren Mitgliedern bietet. Sie ist die Inkarnation einer „Sozialpolitik ohne Preisschilder“.

1.5.5 Nullkostenmentalität und Verantwortungsvakuum

Eine solche Politik gaukelt den GKV-Mitgliedern vor, dass Gesundheitsleistungen nichts kosten. Wenn Preise (und Rechnungen) für die Patienten nicht existieren, fehlt auch der Steuerungsmechanismus für die effiziente Überwindung von

Knappheiten. Es kommt vielmehr zu noch mehr Knappheiten einerseits, aber auch zu Verschwendung andererseits. Warum ist das so? Weil die Nachfrager im Allgemeinen mehr oder weniger sensibel auf Preisänderungen reagieren: Steigt der Preis für ein Gut, so sinkt im Allgemeinen die nachgefragte Menge, und sinkt der Preis, wird entsprechend mehr nachgefragt. Es gibt natürlich auch Güter und Leistungen, deren Nachfrage nicht wesentlich preiselastisch ist, weil sie zum Beispiel zum lebensnotwendigen Bedarf gezählt werden. Manche medizinischen Leistungen gehören dazu. Ist nun der Preis gleich Null, so wird die preissensible Nachfrage nach Leistungen so weit ausgedehnt, bis die Nachfrager keinen zusätzlichen Nutzen darin sehen, noch mehr von dem Gut zu erhalten. Die Sättigungsmenge ist dann erreicht.

Man muss es deshalb deutlich aussprechen: Da die GKV-Patienten für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Gütern keinen direkten Preis zahlen müssen und sie ihre Nachfrage deshalb tendenziell bis zur Sättigungsmenge ausdehnen, stimulieren sie überhöhte Ausgaben der GKV und erzeugen überhöhte Knappheiten, in deren Folge es zur Mengenrationierung der Gesundheitsausgaben über diverse Formen der Budgetdeckelung sowie interner Festlegung von floatenden Punktwerten für die medizinischen Leistungserbringer durch die KVen gekommen ist. Sie führt zu der absurden Konsequenz, dass für jeden einzelnen Leistungserbringer die tatsächliche Vergütung seiner Leistungen erst nach Ende der Abrechnungsperiode berechnet werden kann, weil sie in einer Welt der Mengenrationierung notwendigerweise auch von den Leistungsmengen aller anderen Kollegen abhängt – eine Konsequenz, die den Effizienzkriterien marktwirtschaftlicher Prinzipien vollkommen widerspricht.

Festzuhalten bleibt, dass alle am Gesundheitssystem Beteiligten – Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken – von den Vorgaben zentralistisch-korporatistischer Planer bevormundend verwaltet werden. Unternehmerischer Gestaltungswille, Eigeninitiative und Selbstverantwortung werden weitestgehend erstickt. Die Folge ist das bereits aufgezeigte Verantwortungsvaku-

um: Alle Beteiligten im System verhalten sich unter den obwaltenden Bedingungen zwar individuell rational, wenn sie aus den Gesundheitskassen so viel wie möglich herausholen wollen, aber gerade dieses Verhalten führt zum kollektiven Ruin des Systems. Schuld daran sind letztlich nicht die Beteiligten selbst, sondern die falschen Anreize, die die Institutionen des Gesundheitssystems ihnen vermitteln.

1.5.6 Das Sachleistungsprinzip ist ineffizient

Deshalb muss das Gesundheitssystem ordnungspolitisch grundlegend umgesteuert werden. Die Richtung ist eindeutig und heißt: Mehr Markt! Und das bedeutet: Ärzte und andere Leistungserbringer müssen sich von verwalteten Dienstleistern zu unternehmerischen Anbietern wandeln. Dies käme vermutlich auch der Motivation der Mehrheit der Leistungsanbieter entgegen. Denn ungeachtet aller altruistischen Ziele humanitärer und nicht-monetärer Art, die den Beruf des Arztes so sehr prägen, wird man davon ausgehen können, dass Ärzte Gesundheitsdienstleistungen auch anbieten, um ein Einkommen zu erzielen, und zwar ein möglichst hohes Einkommen. Also verhalten sie sich prinzipiell nicht anders als Unternehmer. Allerdings sind ihnen die Aktionsparameter weitgehend versperrt, die Unternehmern auf herkömmlichen Märkten zur Verfügung stehen: die individuelle Gestaltung von Preisen, Qualitäten und Marketing (z. B. Werbung). Dies liegt wohl daran, dass man unterstellt, der Gesundheitsmarkt ließe sich besser durch ein uneigennütziges ärztliches Standesethos steuern. Alle Ärzte seien gleich gut, verhielten sich als Kollegen, nicht als Wettbewerber, und deshalb sei es auch unstatthaft, Werbung zu betreiben, also auf höhere Qualität aufmerksam zu machen. Geschweige denn, dass der Arzt Qualitätsunterschiede durch eigene Preisdifferenzierung ermöglichen und ausweisen dürfte. Dies alles beschreibt eine Welt, die es so wohl gar nicht gibt und auch nicht geben sollte. Denn nicht die verordnete Einheitlichkeit, sondern auch ein gewisses Maß an Differenzierung im Leistungsangebot schafft

auch im Gesundheitssystem die Vielfalt, die nötig ist, um den unterschiedlichen Präferenzen der Patienten zu entsprechen. Althergebrachte Standesregeln, die diese Entwicklung hindern, sind nicht mehr zukunftsfähig. Deshalb wird sich vieles ändern müssen, wenn man marktwirtschaftliche Allokationsmechanismen in das Gesundheitssystem einführt.

In Bezug auf die hier speziell zu erörternden Probleme der institutionellen Ausgestaltung der Abrechnungssysteme im deutschen Gesundheitswesen soll im Folgenden das Sachleistungsprinzip der GKV – im Verhältnis zum Kostenerstattungsprinzip – im Fokus stehen, weil es in besonderem Maße die Ineffizienz des deutschen Gesundheitssystems mitbestimmt. Man muss es deutlich aussprechen: Das Sachleistungsprinzip verträgt sich nicht mit marktwirtschaftlichen Ordnungsprinzipien, die Systemeffizienz generieren und Verschwendung vermeiden. Denn dieses Prinzip negiert die auf allen funktionierenden Märkten vorherrschende Äquivalenzbeziehung zwischen dem, der eine Leistung erbringt, und dem, der sie als Kunde in Anspruch nimmt und dafür bezahlen muss.

Auf funktionierenden Märkten müssen Leistung und Gegenleistung in einem transparenten und direkt zurechenbaren Verhältnis zueinander stehen. Dies ist beim Sachleistungsprinzip erkennbar nicht der Fall. Vielmehr erzeugt das Sachleistungsprinzip ein Auseinanderfallen von Leistungsanspruchnahme und Kostenbeteiligung, so dass für den Patienten der Zusammenhang zwischen der Leistungsanspruchnahme und der Steigerung der Gesamtausgaben für medizinische Leistungen unfühlbare wird. Nur aufgrund einer vertraglich vereinbarten direkten Honorierung einer Leistung durch den Kunden wird Transparenz in der Rechnungslegung und Verantwortung für die durch den Kunden veranlasste Beanspruchung von Ressourcen im Gesundheitssystem geschaffen. Der Kunde Patient wird dann über die Kosten, die er über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der Solidargemeinschaft anlastet, direkt informiert. Diese wichtige Informationsfunktion wird durch das Sachleistungsprinzip völlig außer Kraft gesetzt.

Zudem wird die Beziehung zwischen Leistungsanspruchnahme und finanzieller Haftung gekappt. Es findet mithin keine direkte Rückkoppelung zwischen Handlung und Handlungswirkung statt. Aus der Systemtheorie wissen wir, dass Systeme ohne direkte Rückkoppelungsmechanismen nicht funktionieren, weil sie anreizmäßig falsch steuern. Man sagt auch, dass die Menschen in solchen Systemen dann nicht anreizkompatibel handeln. Deshalb ist die Institution der Haftung, also der Verantwortung für sein eigenes Tun, ordnungstheoretisch ein so fundamental wichtiges Element für die Funktionsfähigkeit von Gesellschaften.

1.5.7 Die Kostenerstattung wirkt effizienzsteigernd

Wer haftet, disponiert im Allgemeinen sorgfältiger und stärker zukunftsorientiert als jemand, dem die Schadenswirkungen seines Tuns gar nicht zur Kenntnis gebracht werden und sie zudem noch auf Dritte – zum Beispiel auf eine Solidargemeinschaft – abwälzen kann. Wenn das Gut Gesundheit im Sachleistungsprinzip „nichts kostet“ und damit im allgemeinen Urteil quasi zum öffentlichen Gut gemacht wird, für dessen Pflege und Erhaltung ausschließlich oder überwiegend die Solidargemeinschaft GKV haften muss, dann gehen die Vollversicherten mit dem Risiko, durch eigenes unvorsichtiges Verhalten die Gesundheit zu schädigen, auch entsprechend großzügiger um. Privates Kranksein wird dann nicht notwendigerweise immer als zu vermeidendes Risiko, sondern oft genug sogar als willkommene Chance betrachtet, die gelegentlich wahrzunehmen aus manchen Gründen sogar als angenehm und nützlich empfunden wird.

Beim Prinzip der Kostenerstattung verfliegt die Illusion, ärztliche Leistungen seien zum Nulltarif zu haben. Der im Kern private, also nicht-öffentliche Charakter des Gutes Gesundheit wird evident. Und wenn die allgemeine Vorstellung richtig ist, dass etwas nichts wert sei, was nichts kostet, so wird der Patient ein ihm ausgewiesenes Arzthonorar wohl auch stärker als Äquivalenzsignal für eine knappe, wertzu-

schätzende Leistung des Arztes betrachten, als dies aufgrund der vom Patienten losgelösten GKV-Abrechnungsmodalitäten heute der Fall ist. Das Denken in Preis-Leistungskategorien, wie es auf herkömmlichen Märkten üblich ist, käme effizienzsteigernd stärker ins Spiel.

Im Abwicklungsprozess der Kostenerstattung entstehen zudem Transaktionskosten für den Patienten, die beim Sachleistungsprinzip nicht von ihm selbst, sondern von der GKV getragen werden. Ohne dieses Argument in seinen Wirkungen überzubewerten, kann man aber wohl nicht ausschließen, dass diese Abwicklungskosten manchen Patienten weniger motivieren, einen unnötigen, aber doch kostenträchtigen Kontakt mit dem Arzt aufzunehmen.

Einer der durch den Transparenzmangel erzeugten gravierendsten Nachteile des Sachleistungsprinzips ist die Unmöglichkeit, das Abrechnungsverfahren zwischen Leistungserbringer und Zahlstelle, also zwischen Arzt und GKV bzw. KV, vom direkt beteiligten Leistungsempfänger, also vom Patienten, zu kontrollieren. Auch Ärzte haben vermutlich eine nur durchschnittliche Moral, wenn es um Möglichkeiten der Einkommenserzielung geht, und manche lassen sich – wie die Empirie ja zeigt – zu inkorrekten Abrechnungen verleiten. Das unterscheidet sie prinzipiell nicht von anderen Berufsgruppen. Unabhängig vom Ausmaß dieses Tatbestandes schädigen diese Aktivitäten natürlich diejenigen, die sich an die vorgegebenen Regeln halten, und schmälern das für die Ehrlichen zur Verfügung stehende Kassenbudget. Missbrauch gibt es zwar in allen Systemen, aber die Möglichkeiten dieses Missbrauchs werden doch über das Arrangement der weniger anonymen Kostenerstattung verringert.

Die objektive und die vom Arzt empfundene subjektive Entdeckungswahrscheinlichkeit für inkorrektes Abrechnen würden sich jedenfalls erhöhen, wenn er damit rechnen muss, dass Abrechnungstransparenz für den Patienten eine Einladung zur Abrechnungskontrolle ist. Allerdings wird die Kontrolle immer dann erschwert, wenn der Patient den Inhalt der dokumentierten Abrechnung gar nicht recht verstehen kann,

weil die Dokumentationssprache medizinisch-fachlicher Provenienz, derer sich die Ärzte bedienen, nicht genügend allgemeinverständlich ist. Genau wie auf herkömmlichen Märkten muss Informationstransparenz auch im Gesundheitssystem hergestellt werden, damit Leistungserbringer und Kunden im Wissen übereinstimmen, was denn eigentlich der genaue Inhalt einer Abrechnung ist.

1.5.8 Kostenerstattung, Inkassorisiko und Transaktionskosten

Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer mögen sich angesichts dieser verstärkten Kontrollmöglichkeiten der Patienten fragen, ob ihnen die Kostenerstattung überhaupt Vorteile gegenüber der Sachleistung bringt. Zudem wird mancher das erhöhte Inkassorisiko ins Feld führen, das mit der Inrechnungstellung von Arztleistungen auch an diejenigen Patienten verbunden ist, die keine Privatpatienten sind. Richtig ist wohl, dass mit der allgemeinen Einführung des Kostenerstattungsprinzips das Inkassorisiko für die Leistungserbringer insgesamt steigen kann. Wer dieses als einen so gravierenden Nachteil der Kostenerstattung empfindet, der es anraten lässt, am gegenwärtigen Sachleistungsprinzip festzuhalten, dokumentiert eine hohe Risikoaversion, die ihn eher als Staatsbediensteten denn als Unternehmer ausweist.

Das mag Ausdruck des bisher Gewohnten sein. Risiko ist der Preis für Chancen und Gestaltungsfreiheit. Die Sachleistung passt zum bevormundeten, verwalteten und verwaltenden Bediensteten-Arzt, der die vermeintliche Nestwärme von Staat und Verbänden sucht. Er handelt eher auf Anweisung und nach Vorschrift und geht auf Sicherheit. Und er hat ein relativ risikoloses Einkommen, das durch die Umklammerung durch Staat und Verbände allerdings wohl bescheidener ausfällt, als man das bisher bei Ärzten gewohnt war. Dieser Arzttyp wird sich nicht beklagen dürfen, wenn die politischen und korporatistischen Planer ihm immer mehr Luft nehmen in einem zunehmend von ihnen zentralverwalteten Gesundheitssystem, wie es zum Beispiel im Vereinigten Königreich, in skandina-

vischen und manchen anderen Ländern der Fall ist und ebenfalls von großen Teilen der politischen Klasse in Deutschland offenbar angestrebt wird. Zwar hat dieser Arzt kein direktes marktliches Inkassorisiko, aber dafür handelt er sich das politische Abhängigkeitsrisiko ein, das langfristig vermutlich mindestens so hoch ist wie das Risiko im Markt.

Wer ein höheres Inkassorisiko nicht scheut, weil er weniger risikoavers ist, handelt wie andere Unternehmer auch: Kein Unternehmer auf herkömmlichen Märkten kann seine Kunden nach Sachleistungs- und Kostenerstattungskunden selektieren. Mit den Inkassorisiken ist er gewohnt zu leben, er kann sie im Übrigen durch besondere Vertragsbedingungen selbst mitgestalten. Darüber hinaus gibt es ja vielfältige Möglichkeiten der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern, Kassen und Patienten in Bezug auf die Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten, wie sie schon heute bei Privatpatienten praktiziert werden, die das Inkassorisiko minimieren und die zum Beispiel auch auf die Zahlungsfähigkeit von Patienten Rücksicht nehmen. Die Chipkartennutzung bietet zudem große Potentiale. Im Übrigen dürfte das Inkassorisiko für Ärzte keineswegs höher sein als das auf herkömmlichen Märkten. Und jedermann weiß, dass es in der arbeitsteiligen Welt Institutionen gibt, die auf Dienstleistungen rund um die unternehmensgerechte Gestaltung und Absicherung von Inkassorisiken spezialisiert sind und die man kaufen kann.

Natürlich hat das alles seinen Preis, aber dieser Preis der Risikoabsicherung und der möglicherweise generell höheren Transaktionskosten dokumentiert dann die Zahlungsbereitschaft dafür, dass man Staatsferne und Eigengestaltung anstelle von Politikintervention und Verwaltungsbevormundung bekommt. Letztere Alternative zu bevorzugen, heißt keineswegs, alle Facetten etwa des Gesundheitssystems in den USA gutzuheißen, wie dies als Vorwurf und Totschlagargument von Kritikern marktwirtschaftlicher Ansätze in der Gesundheitspolitik immer wieder vorgetragen wird. Das deutsche Gesundheitssystem hat andere Wurzeln und hat eine andere Historie als das US-amerikanische, und es passt natürlich zum deutschen

Gesellschaftsmodell, wie es sich heute ausprägt. Aber dieses Modell hat tiefe Risse, die zu einschneidenden Veränderungen in den institutionellen Arrangements führen müssen. Dazu gehört, staatliche und korporatistische Macht zu begrenzen und private Entscheidungsräume zu erweitern – auch und gerade im Gesundheitssystem.

1.5.9 Kostenerstattung, Informationsasymmetrie und moralisches Risiko

Der Ersatz des Sachleistungs- durch das Kostenerstattungsprinzip hat weitere Implikationen, die das Gesundheitssystem effizienter machen: Der Arzt, der dem Patienten ein Honorar in Rechnung stellt, muss dieses von vornherein berechnen können ohne Unsicherheit darüber, welchen Wert sein Punktevolumen am Ende der Abrechnungsperiode besitzt. Die Abschaffung des Sachleistungsprinzips impliziert also notwendigerweise die Abschaffung der Punktebewertung ex post. Sie bedeutet deshalb mehr Ertragssicherheit und muss einhergehen mit dem Ausschluss der unseligen Mengenrationierung der KV-Budgets über floatende Punktwerte. Es bestünde für die Ärzte auch kein Anreiz, einem drohenden Punktwerteverfall durch Mengen- bzw. Punktevolumenausweitung entgegenzutreten und sich dadurch kollektiv selbst zu schädigen, wie dies bekanntlich vor Einführung der Praxisbudgets als Reaktion auf die Mengenexpansion der Fall war. Wenn jetzt verschiedentlich konstatiert wird, dass die Praxisbudgets die Ärzte nunmehr bei ihrer mehr oder weniger festgeschriebenen Vergütung starke Anreize haben, mit geringerer Qualität und/oder vermindertem Zeitbudget zu reagieren, so hat sich die Rationalitätenfalle also nur verlagert: vom Ausgabenproblem zum Qualitäts- und Zeitbudgetproblem. Die generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips würde diesen Anreiz signifikant reduzieren. Dies gilt unabhängig davon, welche Art der Kostenerstattung – ob zum Beispiel Einzelleistungsvergütung oder Fallpauschalen – die Basis bildet.

Ein bekanntes Problem, das es prinzipiell zwischen Anbietern und Nachfragern auch auf vielen herkömmlichen Märkten gibt, liegt in der besonderen Informationsasymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung: Der Patient hat in der Regel nicht das fachliche Wissen des Arztes, Letzterer hat gegenüber Ersterem also einen Informationsvorsprung. Deshalb handelt es sich bei Gesundheitsdienstleistungen um sogenannte Vertrauensgüter, was bedeutet, dass der Patient der Leistungsfähigkeit des Arztes zwar vertrauen mag, deren Qualität im Einzelnen aber nicht richtig einschätzen und nicht sicher sein kann, ob und inwieweit die Arztleistung einen Behandlungserfolg generiert. Darüber hinaus gewährt diese Informationsasymmetrie dem Arzt einen diskretionären Entscheidungsspielraum, der ihn in die Lage versetzt, die Nachfrage nach seinen eigenen Leistungen selbst zu steigern, wenn dies seiner Einkommenserzielung dient. Angebot und Nachfrage liegen damit zu sehr in einer Hand.

Dieses Moral-Hazard-Verhalten der angebotsorientierten Nachfragesteigerung ist vom Patienten kaum durchschaubar. Im gegenwärtigen GKV-System sieht er sie zudem als auch seinen Gesundheitsinteressen dienend an, denn er empfindet ein Weniger als das mögliche Mengenmaximum an Gesundheitsdiensten, das die GKV voll abdeckt, als nicht optimal. „Mehr ist besser als weniger“ heißt die Devise, denn schließlich habe der Patient seine Prämie bezahlt, und da müsse er doch mindestens so viel wieder an Leistungen zurückholen, wie er einbezahlt habe. An diesem für jede Versicherung schädlichen Einzahlungs-Auszahlungs-Äquivalenzdenken der Versicherten, das den Eintritt des Schadensfalles bewusst plant und also nichts mit Risikoäquivalenz der Versicherungsprämie gemein hat, wird sich durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips für sich genommen wohl nichts Entscheidendes ändern.

1.5.10 Kostenerstattung, Wahlfreiheit und Selbstbehalte

Aber in Verbindung mit einem System direkter und indirekter Selbstbeteiligungen des Patienten bekommt die Kostenerstattung Effizienz. Selbstbehalte verändern das Anreizsystem hin zu mehr Anreizkompatibilität im Verhalten der Versicherten, was bedeutet, dass diese bis zu einem gewissen Grade Kostenverantwortung für ihr Nachfrageverhalten mit übernehmen. Deshalb sind sie nicht allein als nur finanzielle Entlastung der Krankenkassen zu sehen, sondern als Schritt zu mehr eigenverantwortlichem Verhalten und als Bremse für die überhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund von Moral Hazard der Patienten und medizinischen Leistungserbringern. Hinzu kommt, dass die Versicherten einen Anreiz haben, kostengünstigere Behandlungsmethoden und Medikamente herauszufinden und zu nutzen. Und nicht nur sind Selbstbehalte kein Angriff auf das Solidaritätsprinzip der GKV, sondern sie sind das genaue Gegenteil, weil sie für alle Beteiligten den Anreiz bieten, mit knappen Gesundheitsressourcen sparsam oder weniger verschwenderisch umzugehen. Selbstbehalte sind deshalb effiziente Instrumente für Gesundheitssysteme mit den bereits skizzierten notwendigen Rückkopplungsmechanismen. Daran ändert auch die verschiedentlich ideologisch inspirierte Opposition gegen Selbstbehalte nichts, die diese als wirkungslos bezeichnet, was der Empirie vollständig widerspricht.

Zudem eröffnen sie Chancen für Wahlfreiheit durch Vielfalt von Versicherungstarifen. Auch hier gilt es umzudenken: Eine – stärkere – Differenzierung in Pflicht- und Wahlleistungen in der GKV ist auf die Dauer unumgänglich. Dabei ist klar, dass es sich hier um eine der stärksten Herausforderungen einer notwendigen Gesundheitsreform handelt, weil die Konsensfindung aller Beteiligten über eine notwendige Minderung des Katalogs der Pflichtleistungen ungemein schwierig ist. Darüber hinaus können Pflichtleistungen nicht ein für alle Mal festgelegt, sondern müssen fortgeschrieben werden. Dazu bedarf es eines ständigen Konsensfindungsprozesses.

Die mit der Kostenerstattung verbundene notwendige Transparenz erfordert es nun, dass den Patienten zum Beispiel im Heil- und Kostenplan ex ante eine genaue Information darüber gegeben wird, welches die von der Kasse zu erstattenden Basisleistungen sind, die sich von den selbst zu zahlenden Wahlleistungen abgrenzen. Das gilt ebenso für die neuerlich eingeführte Option, auch als GKV-Versicherter anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung zu wählen. Aber wie die jüngste Empirie zeigt, verführt dieser Options-Mix so manchen (Zahn-)Arzt zur Falschinformation des Patienten, wenn er vom Patienten die Kostenerstattung für bestimmte Leistungen einfordert, obwohl auch die Kasse im Rahmen der Sachleistung sie – allerdings mit Abschlägen – erstattet. Bei ausschließlicher Kostenerstattung würde ein Teil dieser Verführung zur Falschinformation wohl schwinden, weil der Patient aufgrund seiner Vollzahlungsverpflichtung eine breitere Informationsbasis besitzt und folglich eine bessere Kontrollfunktion wahrnehmen kann. Auch auf Seiten der GKV erscheint die Handhabung der neuen Abrechnungsoption noch allzu abweisend und sperrig und nicht im Sinne der Versicherten. Zur Neugestaltung der GKV-Landschaft hin zum ausschließlichen Kostenerstattungsprinzip gibt es deshalb auch aus diesen Gründen langfristig keine sinnvolle Alternative.

Eine solche Neugestaltung darf letztlich auch nicht Halt machen vor mehr Versicherungswahlfreiheit innerhalb der Systeme und zwischen den Systemen GKV und PKV für alle Versicherten. Es gilt auch hier, den Lobbyismus mächtiger Interessengruppen und sozialpaternalistischer Planer abzuwehren, die an mehr Wettbewerb durch mehr Wahlfreiheit der Versicherten kein Interesse haben. Das Prinzip der Kostenerstattung entfaltet seine große effizienzsteigernde Wirkung auf das Gesundheitssystem erst im Verbund mit dem Institut der Wahlfreiheit zwischen Tarifen und Versicherungen. In gar keiner Weise wird ja damit das Grundprinzip in Frage gestellt, dass eine Mindestversorgung mit Gesundheitsleistungen jedermann gleichermaßen gewährleistet sein muss.

1.5.11 Mehr Wettbewerb zwischen Kassen und Versicherungen!

Weshalb der offene Wettbewerb zwischen allen Kassen und Versicherungen durch Wahlfreiheit der Patienten so wichtig ist, hat etwas mit den segensreichen Wirkungen zu tun, die der Wettbewerb regelmäßig entfaltet. Zwei davon seien hier herausgestellt: Die Kontrollfunktion und die Innovationsfunktion des Wettbewerbs. Wettbewerb ist der beste Mechanismus zur Kontrolle von wirtschaftlicher – und politischer – Macht. Damit verbunden ist die Kostenkontrolle. Deshalb ist Wettbewerb zwischen Kassen und Versicherungen das beste Verfahren, um die ausufernden Kosten der Versicherungsbürokratie in Schach zu halten. Und deshalb bedarf das System der GKV eines schärferen Wettbewerbs, der frischen Wind in die verkrusteten Verwaltungsstrukturen hineinweht.

Das GKV-System hat zwar internen Wettbewerb, aber doch nur in sehr begrenztem Maße – nicht zuletzt aufgrund des wettbewerbsfeindlichen Risikostrukturausgleichs. Gegenüber der PKV ist die GKV wegen ihres Zwangscharakters für die Sozialversicherungspflichtigen keinem oder allenfalls marginalem Wettbewerb ausgesetzt. Zwang bedeutet hier Protektion gegenüber dem Preis-Leistungswettbewerb von außen. Zwang verursacht Kosten in Höhe des Effizienzverzichts. Deshalb ist die GKV zu teuer für das, was sie bietet, und sind die Gesundheitskosten zu hoch gegenüber denen, die unter Wettbewerbsdruck entstehen. Dies alles wird sich ändern müssen. Langfristig gilt das auch für die Beziehungen zwischen den Systemen von GKV und KV, die einem wettbewerbsfeindlichen bilateralen Monopol gleichen, sowie für die Beziehungen zwischen Ärzten und GKV. Diese althergebrachten Beziehungsgeflechte entsprechen nicht mehr dem Geist und den Notwendigkeiten unternehmerorientierter Verhaltensweisen auf wettbewerblichen Gesundheitsmärkten.

Die zweite segensreiche Funktion des Wettbewerbs liegt in seinem wissensgenerierenden Potential, in seiner innovativen Kraft: Wettbewerb ist das beste Entdeckungsverfahren für Neues. Ohne ihn schläft alles ein, gibt es keinen oder nur ge-

ringen technischen und medizinischen Fortschritt. Im Wettbewerb müssen sich auch die Versicherungen anstrengen, um ihren Kunden neue Produkte und höhere Qualität zu besseren Konditionen anzubieten, als dies andere Wettbewerber tun. Dies nützt dann den Versicherten, die im Wettbewerb „Exit-Optionen“ in Form des Versicherungsverwechsels besitzen, wenn die eigene Versicherung ein vergleichsweise weniger attraktives Preis-Leistungsverhältnis anbietet. Jedermann hat doch vielfältige Erfahrungen, mit welcher Kreativität und Dynamik auf den wettbewerbsintensiven Versicherungsmärkten außerhalb des Gesundheitsbereichs – und vor allem außerhalb der GKV – neue Produkte und Dienstleistungen angeboten werden, die auf die Präferenzen der Kunden zugeschnitten sind. Keiner dieser Märkte funktioniert nach dem sozialpaternalistischen Sachleistungsprinzip nach Vorschrift. Vielmehr sind „do ut des“, Wettbewerb und Eigenverantwortung, Leistung und Gegenleistung, Kosten und Preise, Kauf und Bezahlung die vorherrschenden Prinzipien.

1.5.12 Europa erzwingt die Kostenerstattung

Schließlich ein Wort zu den Entwicklungslinien in Europa, die auch für das deutsche Gesundheitssystem zukunftsrelevant sind. Europa ist ein Integrationsraum, in dem die nationalen Gesundheitssysteme bisher von der Integration weitestgehend ausgenommen und abgeschottet worden sind. Diese Strategien der nationalen Gesundheitspolitiken gehen ihrem Ende entgegen, weil es auch im Gesundheitswesen zu einem gemeinsamen Markt – dem Gesundheitsbinnenmarkt – in Europa kommen wird. Dies hat die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) bereits indiziert. Für die Patienten bedeutet dies, dass sie neben inländischen auch ausländische Ärzte und Leistungserbringer wählen können. Damit steigt der Wettbewerb zwischen den Ärzten mit der Konsequenz, dass sie sich stärker um die Patienten bemühen müssen. Allerdings bieten sich ihnen auch neue Chancen durch die

Patienten aus dem europäischen Ausland. Das gilt gleichermaßen für die deutschen Versicherungen.

Nach den richtungsweisenden Urteilen des EuGH vom April 1998 soll zukünftig jede nationale Krankenversicherung ihren Kunden einen gesamt-europäischen Krankenversicherungsschutz bieten. Konkret besagt dies, dass die Kassen ihren Mitgliedern auch diejenigen Leistungen erstatten müssen, die sie außerhalb ihres Landes in Europa in Anspruch genommen haben. Wie sich der Wettbewerb der nationalen Gesundheitssysteme in Europa auch immer herausbilden wird, es steht außer Frage, dass diese europäische Zukunft der Gesundheitssysteme das deutsche Sachleistungsprinzip obsolet werden lässt, denn im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen werden zunächst vor Ort zu bezahlen und dann im Heimatland nach dessen Sätzen zu erstatten sein. Damit wird die Kostenerstattung zum gängigen Prinzip in der GKV.

Im Übrigen wird es in Europa zu einem Wettbewerb der Gesundheitssysteme kommen, in dem deren nationale institutionelle Arrangements auf dem internationalen Prüfstand der Effizienz stehen. Dies verbindet sich zudem mit der Hoffnung, dass es in Europa zu keiner administrativen Harmonisierung der Systeme kommt, die den Wettbewerb ausschaltet und damit verhindert, dass sich diejenigen Systemelemente europaweit durchsetzen, die den Präferenzen der Bürger in Europa am meisten entsprechen. Angesichts zunehmender Zentralisierungstendenzen in Europa ist diesbezüglich aber auch Skepsis angesagt.

Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems liegt im Wettbewerb der nationalen Gesundheitsarrangements. Im internationalen Regulierungswettbewerb muss es effizient sein, damit es sich behaupten kann. Das Sachleistungsprinzip ist aus den oben genannten Gründen ein nicht effizientes Institut des Gesundheitssystems und ist deshalb nicht europakompatibel. Das deutsche Gesundheitssystem wird sich dann behaupten, wenn es sich von ihm und den staatlich-korporatistischen Zwängen befreit und den Spielregeln der sozialen Marktwirtschaft wieder mehr Raum verschafft. Der damit verbundene

Wettbewerb wird das Sachleistungsprinzip über kurz oder lang zu Gunsten des Prinzips der Kostenerstattung verdrängen.

Der Begriff der Kostenerstattung wird in der gegenwärtigen politischen Diskussion um konzeptionelle Verbesserungen in der Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland vermehrt aufgegriffen. Dieses aktuelle Interesse ist überwiegend durch das Aufkommen von Wahltarifen durch das GKV-WSG¹³ und eine stärkere Betrachtung des europäischen Umfeldes induziert. Dem Beobachter der Diskussionen wird jedoch deutlich, dass die Vorstellungen davon, was Kostenerstattung ist, was sie transportiert, wie sie die Leistungsbeziehungen des Gesundheitswesens verändern und wozu sie als Instrument dienen kann, gegenwärtig unter den Diskutanten sehr viel weiter auseinander gehen als in den vergangenen Jahren. Bei diesen neueren Divergenzen handelt es sich jedoch nicht um die bekannten unterschiedlichen ordnungspolitischen Standpunkte und verschiedene ideologischen Sichtweisen hinsichtlich der Kostenerstattung. Vielmehr hat sich der Kreis der Diskutanten in den nicht-fachlichen Bereich hinein erweitert und so zeigen zahlreiche jüngere Diskussions- und Medienbeiträge begriffliche Missverständnisse und verkürzte Sichten.

Die nachfolgende Übersicht soll dazu dienen, das Ausmaß des gesundheitspolitischen und ordnungspolitischen Potentials der Kostenerstattung sichtbar zu machen. Zunächst werden die Begriffe Kostenerstattung und Sachleistung erläutert. Danach folgen ein historischer Abriss der Entwicklung der Gesetzgebung zur Kostenerstattung, schließlich Erklärungsansätze und Ausblicke.

13 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl. I, 378.

1.6.1 Kostenerstattung versus Sachleistung

Grundsätzlich haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anspruch auf Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip.¹⁴ Hierbei weist der Versicherte dem Arzt oder Krankenhaus gegenüber seine Berechtigung zum Leistungsempfang durch Vorlage seiner Versichertenkarte nach. Der Versicherte erhält eine vorab rahmenvertraglich zwischen Ärztevertretung (Kassenärztliche Vereinigung oder Kassenzahnärztliche Vereinigung) und Kassenverbänden (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) umrissene Leistung.¹⁵ Die Leistung muss „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein¹⁶ und orientiert sich eng an den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen¹⁷. Der Patient löst bei seiner Behandlung sozusagen einen Behandlungsgutschein ein, dessen inhaltliche Ausgestaltung er nicht kennt und auf die er auch keinen Einfluss hat.

Eine Honorierung der Leistungen des Arztes oder Krankenhauses erfolgt nicht direkt durch den Patienten, sondern indirekt per Kassenärztlicher Vereinigung (KV) durch die Krankenkasse. Eine Rechtsbeziehung im Sinne eines Behandlungsvertrages besteht leistungrechtlich nicht zwischen Arzt und Patient, sondern in Form eines Rahmenvertrages zwischen Krankenkasse und KV. Der Beitritt des Arztes zum Rahmenvertrag vollzieht sich auf Grundlage der Regelungen des SGB V.¹⁸ Für die Krankenkassen bedeutet die Regelung faktisch einen Kontrahierungszwang mit allen Mitgliedern der KV.

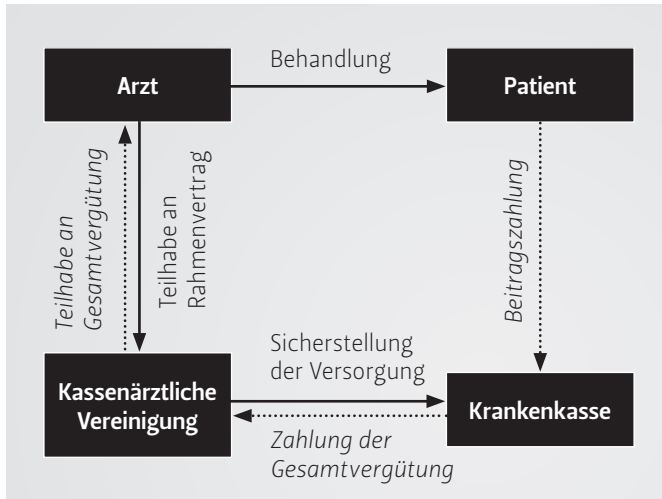
14 § 2 Abs. 2 SGB V

15 § 87 SGB V

16 § 12 Abs. 1 SGB V

17 §§ 92 f. SGB V

18 §§ 98-104 SGB V



Leistungsbeziehungen in der GKV

Das Verfahren der Sachleistung bedeutet für den Patienten eine Einschränkung der Souveränität seiner Konsumentenentscheidung.¹⁹ So kann er zwar den Behandler frei wählen, sofern er sich hier nicht freiwillig tariflichen Einschränkungen unterworfen hat, er kann jedoch nicht das Leitungsgeschehen frei mitbestimmen. Der Patient ist lediglich Anspruchsberechtigter einer vertraglich vordefinierten, nur wenig variierbaren Leistung. Möchte er vom Spektrum dieser von dritter Seite getroffenen Vorauswahl abweichen, so stellt sich für ihn die wirtschaftliche Frage nach Existenz und Höhe einer zumindest anteiligen Leistungspflicht seiner gesetzlichen Krankenkasse.²⁰ Hierzu ist zunächst zu prüfen, ob es sich bei der alternativen

19 Zur Kritik am Sachleistungssystem vgl. Schnapp F, Privatversicherungsrechtliche Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung – Verfassungsrechtliche Bewertung. In: Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht (Hrsg.), Sonderdruck mit Auszügen aus ZMGR Heft 1+2/2005.; Tiemann B, Klingenberger D, Weber M, System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, Köln (2003), S. 10ff.

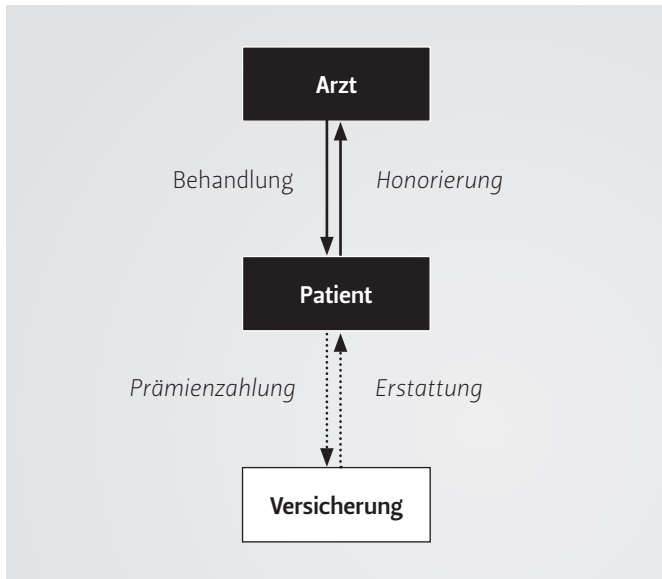
20 § 13 SGB V

Wahlentscheidung des Patienten/Versicherten/GKV-Kunden um eine Leistung handelt, welche sich in der medizinischen Indikation gänzlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV befindet, oder ob der Versicherte sich nur für ein alternatives Therapieverfahren entschieden hat, die zu Grunde liegende Indikation jedoch im GKV-Bereich liegt. Im ersten Fall wird meist keine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung der GKV an der alternativen Wahl erfolgen, im zweiten Fall strebt der Kunde lediglich ein „Upgrade“ der GKV-Leistung an und wird eine Kostenbeteiligung der GKV in Höhe der fiktiven Vergütung der der Behandlung entsprechenden GKV-Leistung erwarten.

In diesem Fall würde der Kunde den Bereich des Sachleistungsverfahrens verlassen wollen und befände sich im Bereich der Kostenerstattung. Nach diesem Prinzip sind in Deutschland die Mitglieder der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sowie Angehörige des öffentlichen Dienstes.²¹ Im Kostenerstattungsverfahren nimmt der Patient die ärztliche Leistung als selbständiger Vertragspartner bei einem frei gewähltem Arzt oder Krankenhaus in Anspruch, wählt den Leistungsumfang selbst und legt die daraus resultierenden Rechnungen seinem Versicherungsträger zur Erstattung vor. Befürworter der Kostenerstattung führen daher an, dass das Verfahren sehr viel eher der Vorstellung souveränen Konsumentenhandelns im Sinne eines Shared-Decision-Making entspreche. Außerdem vermittelten die dem Kostenerstattungspatienten zugehenden Arztrechnungen diesem eine Wahrnehmung der verursachten Aufwendungen und Kosten, wogegen Letztere den Sachleistungsempfänger mangels Rechnungsstellung unberührt ließen. Bei Kostenerstattungspatienten könne es daher zur Entwicklung eines Kostenbewusstseins kommen und in der Folge zu Zurückhal-

21 Etwa 85 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind GKV versichert, 15 Prozent sind nicht GKV versichert (PKV, nichtversichert und besondere Sicherungsformen). Quelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV Jahrbuch 2004, Statistische Basisdaten zur zahnärztlichen Versorgung, Köln (2005) S. 162f.

tung bei der Inanspruchnahme von Leistungen und auch zu schadensvermeidendem Verhalten.



Leistungsbeziehungen in der PKV und in der Kostenerstattung

Noch ausgeweitet werden kann dieser Freiraum durch die ebenfalls freie Entscheidung des Versicherten betreffend den Umfang des von ihm gewählten Versicherungsschutzes. So können Kunden der PKV, und in eingeschränktem Umfang seit dem 1.4.2007 auch Kunden der GKV, ihre verfügbaren Haushaltseinkommen durch Reduktionen der Prämienzahlungen beeinflussen, indem statt vollständiger Erstattungen der Rechnungen eine lediglich anteilige Erstattung bei im Gegenzug reduzierter Prämienzahlung gewählt wird. Hier ist nachgewiesen, dass eine vertraglich ausgestaltete Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten der von ihnen nachgefragten Leistungen eine überproportionale Prämienreduktion bewirkt.²² Der

²² Vgl. Schulenburg J-M Graf von der, Greiner W, Gesundheitsökonomik, Tübingen (2000), S.32, S.77ff.; Schäfer W, Die Zukunft gehört der Kos-

Grund liegt in der Elimination des Moral Hazard, des Wirkungszusammenhangs, der zur Folge hat, dass vollversicherte Patienten in der Regel nur einen deutlich verminderten Anreiz haben, durch eigenes Verhalten an einer Reduktion der von ihnen nachgefragten Leistungen mitzuwirken.

Das Fehlen einer Selbstbeteiligung im Kernbereich der GKV und das dadurch bedingte Nichtvorhandensein eines Steuerungsmechanismus gegen Moral Hazard wird als strukturelles Defizit gesehen, auch über die ideologischen Grenzen hinweg. Einige Befürworter des Sachleistungssystems sehen dies jedoch als einen Preis an, der für eine nicht risikoentmischte Solidarität innerhalb der GKV zu zahlen sei und sind folgerichtig auch gegen Wahltarife in der GKV. Weitere Verteidiger des Sachleistungsprinzips führen an dieser Stelle zusätzlich an, dass genau das beklagte nutzenmaximierende Denken und Handeln der Versicherten gerade nicht zu einer Zurückhaltung der Inanspruchnahme nach Kenntnis der Kosten führe. Vielmehr führe eine bessere Kostenkenntnis geradewegs zu einem „Grolleffekt“ und höheren Kosten: Der Versicherte vergleiche die geringen Kosten, die er selbst verursacht, mit den Beiträgen, die er bezahlt, und gelange zu der Folgerung, dass er mehr Leistungen verlangen könne. Aus dem gleichen Grund vermöge die Kostenerstattung auch nicht, anbieterinduzierte Leistungen zurückzudrängen, da der Versicherte sich auch hier gemäß seiner Nutzenmaximierung für eine Inanspruchnahme der zusätzlichen angebotenen Leistungen entscheide.²³

tenerstattung. In: Kostenerstattung – ein Ausweg aus der Rationierung von Leistungen der GKV? Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (Hrsg.), Berlin (2004), S. 29f.

- 23 Vgl. Neumann V, Nicklas-Faust J, Werner MH, Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen (mit Schwerpunkt auf dem Bereich der GKV). Gutachten im Auftrage der Enquête-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages, 15. Legislaturperiode, (15.3.05), S. 114f; Wasem J, Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. In: MedR, Jg. 17 (2000) Nr. 10, S. 474–477.

Für den GKV-Patienten bedeutet die Möglichkeit, statt Sachleistung Kostenerstattung wählen zu können vor allem, dass er sich auf der Leistungsempfängerseite einer etwaigen Konstellation einer Zwei-Klassen-Medizin zu entziehen vermag. Der Patient kann sich nämlich, sofern er unterschiedliche Leistungsangebote identifizieren kann, für den Verbleib in der Sachleistung mit dem dortigen Angebot des Gemeinsamen Bundesausschusses oder für den Wechsel in die Privatbehandlung mit frei wählbarem Leistungsumfang entscheiden. Da privatärztliche Leistungen jedoch häufig umfangreicher und auch teurer sind als Kassenleistungen, und eine Wahl der Kostenerstattung meist nur eine anteilige Erstattung der entstandenen Kosten seitens der GKV auslöst, wird die Entscheidung für die Kostenerstattung meist einer individuellen Kosten-Nutzen-Überlegung folgen. Hierbei wird der Kunde abwägen zwischen dem Nutzen der unterschiedlichen Behandlungen und der Höhe des von ihm als verbleibende Erstattungsdifferenz zu entrichtenden Aufpreises für die Privatbehandlung. Die gesetzlichen Krankenkassen leisten dem Versicherten gegen Vorlage der privatärztlichen Rechnung Erstattungen lediglich in Höhe der den privatärztlichen Rechnungspositionen entsprechenden Kassenleistungen.

Der Patient wird sich, rationales wirtschaftliches Verhalten vorausgesetzt, nicht für die Wahl der Kostenerstattung entscheiden, wenn die privatärztliche Leistung mit der Kassenleistung identisch ist.²⁴ Kann er dagegen einen die Erstattungsdifferenz übersteigenden Mehrnutzen erkennen, beispielsweise in alternativen Operationsverfahren, besserer Unterbringung oder zusätzlichen Nachsorgen, so wird er sich gemäß seiner Präferenzen für diese Leistungen und damit für die Kostenerstattung entscheiden. Die Entscheidung zwischen Sachleistung und Kostenerstattung muss also von Fall zu Fall mit einer neuen Kosten-Nutzen-Analyse individuell vom Kunden getroffen werden.

24 Für viele ärztliche Leistungen existieren diesbezüglich keine qualitativen oder umfanglichen Unterschiede.

Wenn nun also das Verfahren der Kostenerstattung sehr viel eher dem von der Politik postulierten Ziel der Patientensouveränität entspricht, dann stellt sich neben der grundsätzlichen Frage, warum nicht ein generelles Verlassen des Sachleistungssystems angestrebt wird, zunächst die Frage, wie der in einer aktuellen Wahlentscheidungsproblematik befindliche Patient die leistungsrechtlich notwendige formelle Transformation vom Sachleistungsempfänger zum Kostenerstattungsberechtigten vollziehen kann, um seine gewünschte Therapieform zumindest anteilig von der GKV erstattet zu erhalten, in die er ja einkommensproportionale Pflichtbeiträge abführt.

Die Kernvorschrift, welche die Rahmenbedingungen regelt, unter denen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Kostenerstattung statt Sachleistung wählen können, ist der § 13 SGB V. Diese Vorschrift ist in den vergangenen 20 Jahren mehrfach grundlegend und gegenläufig verändert worden, so dass hier eine historische Betrachtung der vollzogenen Richtungswechsel von Interesse ist.

Zunächst bedarf es zum besseren Verständnis der Regelungen des § 13 SGB V noch der Erläuterung der inhaltlichen Unterschiede der Begriffe „pflichtversichert“ und „freiwillig versichert“.

Pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind Mitglieder, deren Einkommen unterhalb der GKV-Versicherungspflichtgrenze²⁵ liegt und nicht aus selbstständiger Arbeit stammt oder Familienangehörige ohne eigenes Einkommen von pflichtversicherten Mitgliedern. Freiwillig versicherte Mitglieder oder deren Familienangehörige ohne eigene Einkünfte beziehen entweder Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit oder ein Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit, welches dann jedoch oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Die Bezeichnung „freiwillig“ leitet sich davon ab, dass ein Einkommen oberhalb der Grenze den betreffenden Versicherten in die Lage versetzt, die GKV verlassen

25 € 48.150 p.a. (Stand 1.1.2008)

zu dürfen²⁶ und in die PKV zu wechseln, er sich jedoch freiwillig für einen Verbleib in der GKV entschieden hat.

Freiwillig Versicherte stellen für die GKV kalkulatorisch attraktive Risiken dar. Sie entrichten in der GKV in der Regel den Höchstbeitrag, sind typischerweise in leitender oder verantwortlicher Position tätig, weisen wenig krankheitsbegründete Fehlzeiten und statistisch geringere Inanspruchnahmen von Versicherungsleistungen auf. Insgesamt stehen den Prämienzahlungen der freiwillig Versicherten ungewöhnlich niedrige Ausgaben gegenüber. Der von den freiwillig Versicherten meistgenannte Grund dafür, trotz Verpflichtung zur Zahlung des Höchstbeitrags freiwillig in der GKV zu verbleiben, ist die dortige kostenfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Da bei einem Wechsel in die PKV für jedes Familienmitglied eine eigene Prämie zu entrichten wäre, lohnt sich rechnerisch für freiwillig versicherte Familienoberhäupter mit nicht arbeitendem Ehepartner und mehreren Kindern der freiwillige Verbleib in der GKV, sofern eine mögliche Unterschiedlichkeit der Leistungen in dieser Betrachtung unberücksichtigt bleibt. Der Krankenkasse entsteht durch die beitragsfrei mitversicherten Kinder in der Gesamtheit kein wesentlicher Nachteil, da Kinder nach Verlassen des Kleinkindalters zum einen nur geringe Ausgaben verursachen und andererseits Familien mit Kindern eine günstige Einstufung der Kasse bei der Berechnung des Risikostrukturausgleiches (RSA) ²⁷ bewirken, und die Kasse so

26 Zur Diskussion um die Versicherungspflichtgrenze vgl. Hagist C, Raffelhüschen B, Friedens- versus Ausscheidungsgrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit, Freiburg (2004); Klingenger D, Die Friedensgrenze zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, Regensburg (2001); Uleer C, Die „richtige“ Abgrenzung von PKV und GKV. In: Boecken W, Ruland F, Steinmeyer H-D et al. (Hrsg.), Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa, Neuwied (2002) S. 767ff.

27 Zum RSA vgl. §§ 266-269 und § 313 SGB V; BVerfG BvF 2/01 v. 18.7.2005; Cassel D, Wasem J, Zur Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des BMG, Berlin (2001).

zu Transferleistungen von anderen Kassenarten berechtigen bzw. eigene Transferverpflichtungen in den RSA gemindert werden.²⁸ Da verständlicherweise jede Krankenkasse ihren Bestand an freiwillig Versicherten mindestens halten möchte, diese aber als einzige Gruppe das GKV-System verlassen können, verfügten die freiwillig Versicherten in der Vergangenheit über einen privilegierten Status. Ein besonders herausragendes Privileg war das Recht der jederzeitigen Wahl der Kostenerstattung, welches Pflichtversicherten oft gänzlich verwehrt wurde oder nur erschwert zugänglich war. Erst mit Verabschiedung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) wurde dieses Privileg der freiwillig Versicherten deutlich eingeschränkt, wobei man sich jedoch alle Mühe gab, die Abstufung der freiwillig Versicherten dadurch zu kaschieren, dass eine real nicht vorhandene Aufwertung der Pflichtversicherten „aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit“ in den Vordergrund gestellt wurde.

Betrachtet man den Status eines freiwillig versicherten GKV-Mitgliedes aus einer übergeordneten Verwaltungsspektive, so ist seine Existenz als Grenzelement zur Versicherungspflichtgrenze nicht zu vermeiden, solange eine solche existiert. Funktionell ist jedoch sein privilegierter Status für alle auf unauffälligen Systemerhalt ausgerichtete Interessen störend. Ist das Vorhandensein einer „privilegierten Kaste“ von Kassenversicherten schon nicht gewünscht, so erst recht nicht mit der in diesem Fall vorliegenden Eigenschaftskombination: Ein Maximaleinzahler der gleichzeitig Minimalentnehmer ist, aber über ein jederzeitiges Abgangsrecht in die PKV verfügt und bei falscher Ansprache mit einer diesbezüglich erhöhten Volatilität reagieren dürfte.

Infolgedessen waren Politik und GKV-Kassen bestrebt, diese Privilegierung zurückzuführen. Der gewählte Weg war der,

28 Zur Problematik der Risikoselektion durch den RSA vgl. Felder S, Anreize zur Risikoselektion? Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schmollers Jahrbuch, Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Jg. 120 (2000) Nr. 2, S. 187-206.

die Zahl der Privilegierten kontinuierlich zu verringern. Instrument hierzu war die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, d.h. des Grenzbetrages des Bruttojahreseinkommens, ab dem abhängig Beschäftigten ein Verlassen der GKV freigestellt ist. Erst mit dem Überschreiten dieses Betrages wird ein Pflichtversicherter zu einem freiwilligen Mitglied. Die vorgenommenen Erhöhungen der Versicherungspflichtgrenze der GKV waren dann in ihrer Höhe insofern auffällig, als in den letzten Dezennien die verordneten Erhöhungsstufen überproportional waren im Verhältnis zu Lohnentwicklung, BIP und Lebenshaltungsindizes.²⁹ Durch diese überproportionalen Anhebungen wurde die Anzahl der freiwillig Versicherten dann auch überproportional reduziert.

Aktuelle Reformmodelle links der Mitte der momentanen Regierungskoalition sehen sogar eine vollständige Abschaffung des Grenzproblems vor. Die Bemessungsbasis der GKV soll dadurch verbreitert werden, dass keine Versicherbarkeit außerhalb der GKV mehr möglich ist. Als Begründung angeführt wird das Ziel einer Verbesserung der Einnahmesituation der GKV. Tatsächlich ständen den vermehrten Einnahmen jedoch auch vermehrte Ausgaben gegenüber, so dass die Situation der GKV dadurch nicht nachhaltig verbessert wäre. Jedoch wäre der distributive Charakter der Krankenversicherung in Deutschland gestärkt.³⁰ Hier liegt dann auch wohl das politische Ziel. Der freiwillig Versicherte mit „Recht zum Gehen“ wäre ausgestorben. Die PKV würde in der Folge durch Verhinderung des Zuflusses neuer Versicherter ausgetrocknet.

Bereits die bloße Existenz eines Wechselverbotes unterhalb der Versicherungspflichtgrenze ist marktwirtschaftlich bedenklich. Offenbar wäre das Produkt GKV dem Produkt PKV

29 € 38.400 p.a. (1999), Euro 45.900 p.a. (2003), Euro 47.250 p.a. (2006), Euro 48.150 p.a. (2008); vgl. Wille E, Basis- und Zusatzversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart (2001), S. 21.; KZBV Handbuch 2004, Köln (2004), S. 42ff.

30 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Wiesbaden (2004), S. 388ff.

in einem freien Markt so sehr unterlegen, dass es dadurch geschützt werden muss, dass ein gesetzlicher Kontrahierungszwang, „Bürger mit GKV“, für 90 Prozent der Bevölkerung ausgesprochen wird. Benevolenter Paternalismus des Staates kann hier nicht vorliegen, da PKV-Mitglieder mindestens gleichwertig abgesichert sind. Es handelt sich hier vielmehr um ein staatliches Bekenntnis zum GKV-System als Primärsystem. Die ohne eine schützende Versicherungspflichtgrenze drohende Abwanderung von GKV-Versicherten in die PKV und eine nachfolgende Existenzkrise der GKV sollen verhindert werden.³¹ Die Folgen eines Abgangs von Versicherten mit guten Risiken, weg von einer mit systemfremden Ausgaben belasteten Versicherungsform GKV, hinein in risikoäquivalent kalkulierte und damit attraktivere PKV-Tarife, könnte von den in der GKV verbleibenden Mitgliedern nicht aufgefangen werden. Seit dem 1.4.2007 ist ein Wechsel von der GKV in die PKV nochmals erschwert worden. So darf ein wechselwilliger GKV-Versicherter erst dann in die PKV wechseln, wenn sein Einkommen nunmehr in drei aufeinander folgenden Jahren oberhalb der Versicherungspflichtgrenze gelegen hat. Auch hier ist der politische Wille erkennbar, eine Abwanderung von gesetzlich Versicherten in die private Krankenversicherung zu erschweren.

Hilfsweise wird thematisiert, nichtselbständigen Arbeitnehmern einen Zugang in die private Krankenversicherung gänzlich zu verweigern. Die PKV soll künftig ausschließlich Selbstständigen und Beamten vorbehalten bleiben, wobei die Gruppe der Beamten ohnehin lediglich im Rahmen von Beihilfeergänzungstarifen in der PKV versichert ist.

Einen anderen Ansatz verfolgt die Einführung der Basis-tarife durch das GKV-WSG. Hier wird die Attraktivität einer PKV-Vollversicherung durch eine Reduzierung ihrer Leistungsinhalte vermindert.

31 Vgl. hierzu Klose J, Schellschmidt H, Finanzierung und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Bonn (2001) S. 2ff.

Den Gegenpol bildet das Modell der FDP, die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen und allen Bürgern den Weg in die PKV zu eröffnen. In seiner maximalen Entfaltung sieht dieses Modell einen Verzicht auf das System der umlagefinanzierten GKV zu Gunsten des eines kapitalgedeckten Systems vor. Hierbei soll der Umfang des Versicherungsschutzes durch den Bürger modular wählbar sein und die Krankenversicherungsprämien von den Lohnkosten entkoppelt werden.

Die geschilderten Zusammenhänge lassen erkennen, dass die politisch immer geforderte und in der Gesetzesbegründung postulierte Patientensouveränität³² im konkreten Fall der Kostenerstattung zu Schwierigkeiten bei der Tarifierung des GKV-Systems führen würde, sollte die Kostenerstattung vom Bürger allzu begeistert angenommen werden. Das Auftreten von Gegenkräften in Politik und Administration ist daher nicht überraschend. Die Gesetzgebung zur Kostenerstattung hat daher in der Vergangenheit zahlreiche radikale Kurswechsel erfahren. Zum besseren Verständnis ist nachfolgend die zeitliche Entwicklung skizziert.

1.6.2 Historischer Abriss

Kostenerstattung vor 1988

Freiwillige Mitglieder der Ersatzkassen hatten Anspruch auf Kostenerstattung für ambulante Leistungen gem. § 13 SGB V. Mit Urteil v. 9.9.1981 hatte der 3. Senat des Bundes-

32 „In der GKV werden mit diesem Gesetz die Versicherten künftig stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie müssen von Betroffenen zu Beteiligten werden. Nur dann ist ihnen mehr Eigenverantwortung zuzumuten. Entscheidend hierfür ist die Herstellung von Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität. Auf dieser Grundlage können die Versicherten Entscheidungen über die Versicherungs- und Versorgungsangebote treffen.“ Zitat aus der Begründung zum GMG. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung / GKV-Modernisierungsgesetz GMG vom 8.9.2003, Drucksache 15/1525, S. 72.

sozialgerichtetes für alle Ersatzkassen die Ermächtigung zur Einführung der Kostenerstattung verfügt. Die Begründung lautete, dass Sinn und Zweck des Sachleistungsprinzips, nämlich der soziale Schutz bedürftiger Kassenmitglieder, jedenfalls bei solchen freiwilligen Mitgliedern nicht zuträfe, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überstiegen habe.³³

Der 1. Senat bremste bereits wenig später mit der etwas düsteren Formulierung, dass das Sachleistungsprinzip „zumindest gleichwertig“ sei und der Sicherstellung der medizinischen Versorgung diene.³⁴

Kostenerstattung 1988 – 1993

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG)³⁵ wurde die Kostenerstattung den freiwillig Versicherten der Ersatzkassen weiterhin ermöglicht. Allen Krankenkassen wurde darüber hinaus freigestellt, die Kostenerstattung im Rahmen einer Erprobungsregelung³⁶ als Wahlmöglichkeit der Versicherten in ihrer Satzung festzulegen. Die Festlegungsfrist betrug 2 Jahre und die Satzung konnte Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung vorsehen. Für die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie wurde die Kostenerstattung unabhängig vom Versichertenstatus eingeführt.

33 BSGE 25, 195 (201); BSG 9.9.81 SozR 2200 §182 Nr. 74, S.132.; Vgl. Neumann et al., S. 112ff; Wasem J, Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht, In: MedR, Jg. 17 (2000) Nr. 10, S. 474-477.

34 BSGE 69, 170 (176).

35 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, BGBl. I 2477.

36 § 64 SGB V und Art. 61 des GRG in der Fassung v. 20. 12. 1988, BGBl. I 2477.

Kostenerstattung 1993 – 1997

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)³⁷ entfiel die zweijährige Bindung. Das Recht auf Kostenerstattung wurde auf die freiwillig Versicherten und ihre Familienangehörigen aller Kassen ausgedehnt. Pflichtversicherte hatten weiterhin die Möglichkeit die sogenannte Erprobungsregelung nach § 64 SGB V in Anspruch zu nehmen. Faktisch kam dies dem Recht auf Kostenerstattung gleich, allerdings musste sich der pflichtversicherte Patient für die gesamte Therapiedauer des Behandlungsfalles festlegen. In der Praxis war die Nutzungsmöglichkeit des § 64 so gut wie unbekannt.

Kostenerstattung 1997 – 1998

Die Zeit vom 1.7.1997 bis zum 31.12.1998 kann als die liberale Epoche der Patientenwahlrechte angesehen werden. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG)³⁸ forderte „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und Wettbewerb zwischen GKV und PKV.³⁹ Es ermöglichte allen GKV-Versicherten, sich von Arztbesuch zu Arztbesuch, von Fall für Fall, von Leistung zu Leistung, neu für einen Verbleib in der Sachleistung oder Wahl der Kostenerstattung zu entscheiden. Es war hierbei unerheblich, ob der Patient Pflichtversicherter oder freiwillig Versicherter war. Abschläge vom Erstattungsbetrag entfielen ebenso wie die Erprobungsregelung. Die Medizin war für 18 Monate klassenlos, das Wissen um diese Wahlmöglichkeiten allerdings auf Seiten der Patienten, Ärzte und Kassenmitarbeiter gleichermaßen nur sehr gering verbreitet.

37 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) vom 21.12.1992, BGBl. I 2266.

38 Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG) vom 23.6.1997, BGBl. I 1520.

39 Vgl. Bundestagsdrucksache 13/6087 v. 12.11.1996, S. 16ff.

Wegweisend für die Realisierung des Ziels der Patientensouveränität war die Gesetzesbegründung: ⁴⁰

„Nach geltendem Recht haben nur freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre mitversicherten Familienangehörigen die Möglichkeit, anstelle der Sachleistung Kostenerstattung zu wählen. Pflichtmitglieder dagegen erhalten bisher Leistungen grundsätzlich ausschließlich nach dem Sachleistungsprinzip.

Die gesetzlichen Krankenkassen konnten zwar im Rahmen von Erprobungsregelungen die Kostenerstattung auch für Pflichtversicherte zulassen. Von dieser Möglichkeit haben jedoch nur verhältnismäßig wenige Kassen Gebrauch gemacht. Viele pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sehen in den allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeiten der Kostenerstattung ein ungerechtfertigtes Privileg. Unabweisbare Gründe, die Differenzierung beizubehalten, gibt es nicht. Im Gegenteil: Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten verstärkt das Prinzip der Eigenverantwortung. Frei die Versorgungsform wählen zu können, entspricht der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheidet, was für ihn zweckmäßig ist. Die Entscheidung für die Kostenerstattung kann zudem das Kostenbewusstsein der Versicherten verstärken. Deshalb soll sie allen Versicherten angeboten werden.“

Kostenerstattung 1999 – 2004

Mit Wirkung zum 1.1.1999 wurde mit dem Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform 2000, dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)⁴¹, das Wahlrecht der Kostenerstattung für pflichtversicherte GKV-Mitglieder gänzlich wieder abgeschafft. Für freiwillig Versicherte wurden abermals Abschläge vom Erstattungsbetrag eingeführt. Die ursprünglich angedachte Beseitigung des Wahlrechtes auf Kostenerstattung auch für freiwillig Versicherte wurde in der GKV-Gesundheitsreform 2000

40 Vgl. Bundestagsdrucksache 13/6087 v. 12.11.1996, S. 16ff.

41 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-SolG v. 9.12.1998, BGBl. I 3853.

nicht realisiert, wohl auch weil man fürchtete, dass vermehrt Freiwillige in die PKV wechseln könnten.⁴²

Da die Wahlfreiheiten in der vergangenen kurzen Zeit seit dem 1.7.1997 nie größeren Bevölkerungskreisen bekannt geworden waren und die Thematik weder vorher noch hinterher, weder von Medien noch von Verbraucherschützern, aufgegriffen wurde, blieb die Abschaffung der Kostenerstattung der Pflichtversicherten ohne größere öffentliche Kritik.

Dies war deswegen bedauerlich, da die Einschränkungen einen beträchtlichen Verlust von Konsumentenrechten beinhalteten. Die Ärzte durften ab 1.1.1999 für pflichtversicherte GKV Patienten lediglich noch Sachleistung erbringen. Darüber hinaus war den Ärzten ein Verlangen von Zuzahlungen gesetzlich verboten. Letzteres geschah vorsorglich, um im ärztlichen Beratungsgespräch gar nicht erst eine Situation aufkommen zu lassen, in der der Arzt versucht sein könnte, dem Versicherten statt der ihm zustehenden Sachleistung eine Versorgung „oberhalb der Chipkarte“ anzubieten. Der Patient erhielt nach neuer Gesetzeslage nun also ohnehin keine Erstattung in Höhe der Kassenleistung mehr und der Arzt durfte auch keine Zuzahlung auf die Sachleistung verlangen. Dadurch unterblieben Beratungsgespräche über alternative Therapiemöglichkeiten und die Frage der Qualität der Sachleistung wurde nie zum Objekt einer aus einem ärztlichen Beratungsgespräch folgenden Wahlentscheidung des Patienten oder einer vergleichenden Betrachtung alternativer medizinischer Leistungen. Die Güte des Produktes Sachleistung wurde somit vom Patienten, Beitragszahler und Kunden nicht hinterfragt. Dadurch war eine Diskussion um den Gegenwert der GKV-Pflichtbeiträge und eventuell auch Auswirkungen auf das Image der GKV-Leistungen vermieden worden. Dies geschah jedoch um den Preis einer stark zunehmenden Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient, da nun aus Gründen der Praktikabilität des Ablaufes des Praxisalltages weitergehende Beratungs-

42 Vgl. Thomae D, Kostenerstattung. In: Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (Hrsg.), Kostenerstattung – ein Ausweg aus der Rationierung von Leistungen in der GKV? Berlin (2004) S. 57.

gespräche über therapeutische Alternativen entfielen. Nach neuer Rechtslage hatte der Patient ja ohnehin kein Optionsrecht mehr. Denjenigen Patienten, welche sich dennoch für eine andere Leistung als die Sachleistung entschieden, verblieb nun, nicht wie früher, die Differenz zwischen GKV-Leistung und Privatleistung als Zahllast, sondern stattdessen jetzt die gesamten Kosten der Privatbehandlung in voller Höhe. Dies wirkte naturgemäß prohibitiv und Shared-Decision-Making war weiter weg als je zuvor.

Begründet wurde die Rücknahme des Wahlrechtes auf Kostenerstattung mit dem Ziel, die Elemente der privaten Versicherungswirtschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Die offizielle Begründung: Die neue Einschränkung diene der Aufwertung von Sachleistungssystem und Solidarprinzip. Die Elemente der privaten Versicherungswirtschaft beeinträchtigten nicht nur den solidarischen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen, Beziehern höherer und niederer Einkommen und zwischen Ledigen und Familien. Sie führten auch zu Fehlsteuerungen und könnten das vermeintliche Ziel, zu einer sparsameren Leistungsanspruchnahme und wirtschaftlicheren Leistungserbringung beizutragen, nicht erreichen.⁴³ Ergänzend begründet wurde das Vorgehen häufig auch mit dem paternalistischen Ansatz, der Patient müsse gegen mögliche überzogene ärztliche Honorarforderungen geschützt werden.

Die Entfernung des Patienten vom Zustand eines souveränen Konsumenten war nun maximal. Er konnte sich in Deutschland fortan für beliebige Konsum- und Investitionsgüter frei entscheiden und auch sogar dafür verschulden, durfte jedoch keine medizinischen Mehrleistungen wählen, ohne in der Konsequenz mit dem Verlust in Höhe des kompletten Erstattungsbetrages der Sachleistung abgestraft zu werden. Der vorgenommene Eingriff des Entzuges des Wahlrechtes auf Kostenerstattung kam einem Kontrahierungsverbot der Thera-

43 Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Christa Nickels vom 4. März 1999 auf die Frage des Abgeordneten Wolfgang Lohmann (CDU), Drucksache 15/1525, zit.: Thomae, S. 56f.

piefreiheit zwischen Arzt und Patient gleich. Habermann sieht Arzt und Patient nun in der rechtlosen Stellung vergleichbar einer Behandlungssituation bei einem Armenarzt des 18. Jahrhunderts.⁴⁴

Schwierigkeiten in der Durchführung der Bestimmungen ergaben sich jedoch bereits in den ersten Wochen des Jahres 1999 durch Proteste von Inhabern von Zusatzversicherungen, meist im Rentenalter. Diese Versicherten fanden sich plötzlich in einer Situation wieder, in der sie zwar Prämien für eine Zusatzversicherung für privatärztliche Versorgung entrichteten, die Leistungen dieser Versicherungen aber nun faktisch nicht in Anspruch nehmen konnten.⁴⁵ Zwar hatten die Gesetzesautoren das Problem im Grundsatz erkannt, indem diesen Zusatzversicherten im Gesetz bereits vorsorglich ein Sonderkündigungsrecht für ihre Zusatzversicherungen geschaffen wurde, jedoch war die Empfindungslage der Betroffenen anders eingeschätzt worden. Diese Versicherten, welche oft bereits jahrzehntelang eine Zusatzversicherung bedienten, waren nicht an einer problemlosen Kündigung dieser Leistungsansprüche interessiert, sondern an einem Fortbestand der Deckung.

Die Entscheidung für eine Zusatzversicherung war von ihnen seinerzeit aus der Überzeugung getroffen worden, eine bessere Versorgung als die der Sachleistung erhalten zu wollen. Die Schere zwischen Sachleistung und privatärztlicher Behandlung hatte sich im Laufe der Jahre ohnehin weiter geöffnet. Darüber hinaus waren oft durch frühe Eintrittsalter in die Zusatzversicherungen günstige Prämien gesichert und durch den langjährigen Bestand der Versicherungen Anwartschaften erworben worden. Ein staatlich verordneter Wegfall

44 Habermann G, Brauchen wir noch eine Sozialversicherung? In: Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (Hrsg.), Kostenerstattung – ein Ausweg aus der Rationierung von Leistungen in der GKV? Berlin (2004) S. 16.

45 Vgl. Schönfels R von, Abstinenz verordnet. In: Wirtschaftswoche Nr. 11 v. 11.3.1999, S. 204-207; Kowalski M, Ein bißchen privat. Kostenerstattung ist die beste Medizin gegen frustrierte Kassenärzte und Rationierung. In: Focus (1999) Nr. 12, S. 44.

der Upgrademöglichkeiten und die verordnete Reduktion des Versorgungsspektrums wurden als Bevormundung empfunden. Die betroffenen Zusatzversicherten wollten kein außerordentliches Kündigungsrecht, sie wollten den Fortbestand der Zusatzversicherungen mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme der versicherten Leistungen.

Die Bundesregierung besserte nach und kündigte etwa 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Bestandsschutzregelung an.⁴⁶ Die Regelung umfasste alle Pflichtversicherten mit Zusatzversicherungen. Außerdem wollte man auch hier Abwanderungen vorausschauend planender freiwillig Versicherter in die PKV vermeiden⁴⁷ und garantierte allen freiwillig Versicherten, welche vor dem 1.1.1999 jemals Kostenerstattung gewählt hatten, den Fortbestand des Rechts auf Kostenerstattung, auch dann, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt zu Pflichtversicherten würden.

Die leicht ironisch anmutende, offizielle Begründung im Bericht des Bundestagsausschusses ließ verlauten, dass man irrationalen Befindlichkeiten der Betroffenen Rechnung tragen wolle:

„Der Bundesregierung ist bekannt, dass Pflichtversicherte, die bis zum 31. Dezember 1989 die Kostenerstattung gewählt hatten, die Abschaffung der Kostenerstattung als unzumutbare Härte empfinden, obwohl die Versicherten Anspruch auf sämtliche erforderlichen und zweckmäßigen Sachleistungen ungeschmälert behalten haben.“⁴⁸

46 Am 24.6.1999 hat der Deutsche Bundestag in zweiter und dritter Lesung die zu Beginn der Legislaturperiode abgeschaffte wahlweise Kostenerstattung für Pflichtversicherte insoweit wieder eingeführt, als ein Bestandsschutz für diejenigen gewährt wird, die vor dem 1.1.1999 schon einmal Kostenerstattung gewählt hatten. Artikel 24 Abs. 1 des Solidaritätsstärkungsgesetzes wurde rückwirkend zum 1.1.1999 neu gefasst. Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 14/47, Stenographischer Bericht der 47. Sitzung v. 24.6.1999, S. 4036ff.

47 Freiwillig Versicherten war das Recht auf Kostenerstattung nicht genommen worden, jedoch wurde dies als Folgeschritt erwartet.

48 Dieser Satz verdeutlicht, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales die Gründe für den Unmut der Versicherten negiert. Die

Die medizinischen Leistungen werden unabhängig von der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten umfassend und auf hohem Niveau erbracht. Gleichwohl wird die Bundesregierung der subjektiven Betroffenheit der Versicherten Rechnung tragen und für den Kreis der Pflichtversicherten eine Übergangsregelung vorschlagen, die ihnen das Recht zur Wahl der Kostenerstattung belässt.⁴⁹

Eine breitere Erörterung der Thematik „...Versicherter darf durch neues Gesetz seine bereits bezahlte Versicherungsleistung nicht in Anspruch nehmen...“ durch die Medien wurde vermieden. Der Bestandsschutz war so großzügig formuliert, dass das bloße Vorliegen einer Zusatzversicherung als Wahl der Kostenerstattung anzusehen war und den Bestandsschutz sicherte.⁵⁰

Die Gruppe der freiwillig Versicherten war von der Aberkennung des Rechtes der Wahl der Kostenerstattung verschont worden. Es entstand in der Folge erneut eine Zwei-Klassen-Gesellschaft innerhalb der GKV, da nun eine Gruppe das Recht auf Kostenerstattung hatte, welches der anderen Gruppe verwehrt blieb.

Kostenerstattung 2004 – 2006

Diese Ungleichbehandlung der Pflichtversicherten bewirkte den Eingang der Forderung nach Gleichbehandlung der bei-

Kostenerstattung wird als eine technische Variante des Abrechnungsweges dargestellt und nicht als Möglichkeit für GKV-Versicherte, Zugang zu einer höherwertigen Versorgung als in der Sachleistung zu erhalten. Die Sachleistung wird als gleichwertige Leistung dargestellt.

49 Antwort der Staatssekretärin Christa Nickels auf die Anfrage des Abgeordneten Dr. Thomae (F.D.P.) (Drucksache 14/576), Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 14/29, Stenographischer Bericht der 29. Sitzung v. 24.6.1999, Anlage 21, S. 2418ff.

50 „Als Wahl ist nicht nur die förmliche Willenserklärung mit Zugang beim Versicherungsträger anzusehen, vielmehr genügt eine erkennbare Entscheidung für die Kostenerstattung, beispielsweise in Gestalt des Abschlusses einer privaten Zusatzversicherung...“

den Gruppen in das Programm der CDU.⁵¹ Im Rahmen eines im Sommer 2003 getroffenen parteiübergreifenden Kompromisses wurde die Ungleichbehandlung mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)⁵² zum 1.1.2004 formell abgeschafft. Nunmehr stand auch den Pflichtversicherten das Wahlrecht der Kostenerstattung nominell zu. Allerdings wurde die Vorschrift für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte derart gestaltet, dass genau der gegenteilige Effekt erzielt wurde. Die Neufassung setzte nun voraus, dass die Wahl der Kostenerstattung für 1 Jahr für mindestens den gesamten ambulanten Bereich erklärt werden musste.⁵³ In der Gesetzesbegründung heißt es:⁵⁴ „Den Versicherten wird zudem die Möglichkeit eingeräumt, ihre Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten Versorgung zu beschränken.“ Der Satz erweckt den Eindruck, als sei den Versicherten ein zusätzliches Recht eröffnet worden. Tatsächlich wird hier der Begriff „Möglichkeit“ zur Beschreibung einer in Wirklichkeit wesentlichen Einschränkung der Versichertenrechte benutzt. Vor der Novelle war es den Versicherten möglich, die Kostenerstattung von Fall zu Fall zu wählen. Nun hatte stattdessen eine einjährige Festlegung für den Gesamtbereich zu erfolgen. Tatsächlich kam die neue Regelung einer Abschaffung des Wahlrechtes auf Kostenerstattung gleich, da es für die Versicherten ökonomisch unsinnig war, sich für ein volles Jahr für den gesamten ambulanten und/oder den gesamten stationären Bereich festzulegen. Damit war nicht nur die Einführung der Kostenerstattung entgegen dem Augenschein des Gesetzeswortlautes nicht durchgeführt worden, sondern darüber hinaus wurde den frei-

51 Beschlüsse des Bundesparteitags der CDU in Leipzig 2003.

52 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I 2190.

53 § 13 Abs. 3 SGB V geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, BGBl. I 2190.

54 Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 8.9.2003, Drucksache 15/1525, Anm. zu § 13 SGB V.

willig Versicherten ihr bisher durch alle Gesetzesnovellen erhalten gebliebenes Wahlrecht auf Kostenerstattung faktisch entzogen.

Dagegen heißt es in der Gesetzesbegründung,⁵⁵ dass viele pflichtversicherte Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung in der allein den freiwilligen Mitgliedern eingeräumten Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, ein ungerechtfertigtes Privileg sähen. Die Versorgungsform frei wählen zu können, entspräche der Vorstellung vom mündigen Bürger, der selbst entscheide, was für ihn zweckmäßig sei. Die Entscheidung für die Kostenerstattung könne zudem das Kostenbewusstsein der Versicherten und das Prinzip der Eigenverantwortung stärken.

Darüber hinaus hatte der Gesetzgeber in § 13 Abs. 2 SGB V eine Beratungspflicht der Krankenkassen vor einer rechtswirksamen Wahl der Kostenerstattung vorgeschrieben.⁵⁶ Hier wurde der Krankenkasse sogar per Gesetz verpflichtend nochmals Gelegenheit gegeben, auf die Meinungsbildung des Versicherten Einfluss zu nehmen. In den Beratungsgesprächen sollten den Versicherten mögliche finanzielle Folgen einer unbedachten Wahl der Kostenerstattung aufgezeigt werden. In Anbetracht der einjährigen Pflichtbindung ließen sich unschwer zahlreiche unvorteilhafte Fallkonstellationen aufzeigen. Entsprechend stark war der Rückgang der Wahl der Kostenerstattung.

Es bleibt festzuhalten, dass die Ausgestaltungen der Vorschriften zu § 13 Abs. 2 SGB V mit der Gesetzesbegründung nicht in Einklang zu bringen sind. Sie bewirken vielmehr erfolgreich eine Steuerung des Bürgers in die gegenteilige Richtung. Die Kostenerstattung ist seit Gültigkeit des GMG ohne eine durch den Patienten nutzbare Funktion verblieben. Dies

55 Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 8.9.2003, Drucksache 15/1525, Anm. zu § 13 SGB V.

56 § 13 Abs. 2 SGB V geändert durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, BGBl. I 2190.

war auch bezweckt und die Verhinderungsmechanismen darauf abgestimmt. Verständlicherweise entschieden sich nur wenige Versicherte pauschal für den gesamten ambulanten Bereich für ein volles Jahr für die Kostenerstattung. Die Kostenerstattung war nun einmal nie um ihrer selbst gewählt worden. Die Wahl der Kostenerstattung ist selten ein sozialpolitisches Grundsatzbekenntnis des jeweiligen Versicherten. Das Interesse des Patienten ist vielmehr, sich von Behandlungssituation zu Behandlungssituation zwischen alternativen Therapiemöglichkeiten entscheiden zu können und zu dürfen. Dies war ihm trotz gegenteiliger Annoncierung des Gesetzgebers nun nicht mehr möglich. Die Wortwahl der Gesetzesbegründung, man habe die Möglichkeit geschaffen, die Wahl auf den ambulanten Bereich zu beschränken, mutet an wie eine Verspottung der Betroffenen.

Kostenerstattung seit 2007

Die Offensichtlichkeit der Asymmetrien zwischen den Gesetzesbegründungen und der faktischen Verhinderung der Wahl der Kostenerstattung führte zu einer beschränkten Liberalisierung durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.3.2007⁵⁷. Die Referentenentwürfe sahen vor, die Kostenerstattung in der Form des 2. GKV-NOG (1997-1998) wieder aufleben zu lassen. Hier- von wurde in letzter Minute abgerückt. Immerhin wurde aber eine sektorale Wahl der Kostenerstattung für den zahnmedizinischen Bereich zugelassen. Es muss nun nicht mehr für den gesamten ambulanten und/oder stationären Bereich optiert werden. Allerdings können noch immer Abzüge vom Erstattungsbetrag nach Ermessen der Krankenkasse vorgenommen werden können. Die Begründung hierfür ist u. a. die fehlende Möglichkeit, eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vornehmen zu können. Eine Erleichterung wird durch den Wegfall der durch die Krankenkassen ausgeübten Beratungspflicht ge-

57 BGBl. I, 378.

schaffen. Stattdessen genügt nun eine Mitteilung an die Krankenkasse nach erfolgter ärztlicher Aufklärung über Mehrkosten. Darüber hinaus werden die gesetzlichen Vorgaben für die Gestaltung des Tarifsystems der gesetzlichen Krankenkassen gelockert. Den Kassen wird die Einführung von Wahlтарifen zugestanden. So können Tarife entstehen, welche den Versicherten im Falle der Nichtinanspruchnahme von Leistungen eine Beitragsrückgewähr von bis zu einem Monatsbeitrag zubilligt⁵⁸ oder in denen die Mitglieder gegen eine Beitragsreduktion die Verpflichtung zu einem Selbstbehalt für einen Teil der evtl. anfallenden Behandlungskosten übernehmen⁵⁹ oder in denen die Mitglieder nach Wahlerklärung an besonderen Versorgungsformen teilnehmen⁶⁰. Im Zuge dieser Liberalisierung wird es den Kassen auch ermöglicht, Tarife anzubieten, in denen den Versicherten gegen Zahlung der speziellen Tarifprämie das Recht auf Kostenerstattung zugestanden wird.⁶¹

Für die anbietenden Kassen sind diese Tarife kein hervor gehobenes Anliegen, jedoch ein Instrument zur Retention von wechselbereiten Kunden, da die Mindestbindungspflicht für Wahlтарifen drei Jahre beträgt.⁶² So werden die Tarife zwar nicht stark beworben, dienen jedoch dazu, demjenigen Kunden, welcher sich bereits selbständig mit der Fragestellung von Wahlтарifen befasst hat, nicht nur das gesuchte Produkt anbieten zu können und ihn von einem Wechsel zu einer anderen Kasse abzuhalten, sondern ihn darüber hinaus für mindestens weitere drei Jahre zu binden.

58 § 53 Abs. 2 SGB V.

59 § 53 Abs. 1 SGB V.

60 § 53 Abs. 2 SGB V.

61 § 53 Abs. 4 SGB V.

62 § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V.

1.6.3 Erklärungen für Blockaden

Warum ist die Kostenerstattung von GKV-Kassen und Gesetzgeber nicht gewollt?⁶³ Zunächst einmal stellt sie einen Fremdkörper im Sachleistungssystem der GKV dar, der zusätzlichen Verwaltungsaufwand hervorruft. Die Abwicklung der Erstattungsansprüche durch Wahl der Kostenerstattung erfordert eine manuelle Umrechnung der auf den privatärztlichen Rechnungen fakturierten Positionen der gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Den Positionen müssen die entsprechenden Kassenpositionen gegenübergestellt, addiert und der Erstattungsbetrag an den Versicherten überwiesen werden. Dies ist zeitaufwendig und verursacht Kosten. Die Angestellten der Kassen sind zudem mit der Handhabung von GOÄ und GOZ häufig unvertraut. Auch ist die Ermittlung der adäquaten Positionen aufgrund von Komplexbildungen von Abrechnungspositionen im Kassenbereich oft schwierig und erfolgt dann arbiträr, so dass ein Teil der durchgeführten Umrechnungen diskussionsfähig ist und zu Nachfragen der Versicherten und Beschwerden über angebliche oder tatsächliche Mindererstattungen führen. Die das Kostenerstattungsverfahren fördernden Arztpraxen sind hier, aufgrund der Beschränkung auf ihren eigenen kleinen fachspezifischen Tätigkeitsausschnitt der Gebührenordnung, in der Regel routinierter und dadurch in der Lage, die von den Kassen erstellten Umrechnungen zu überprüfen und die Patienten auf Mindererstattungen hinzuweisen. All dies ist einer Beliebtheit der Kostenerstattung auf Seiten der Mitarbeiter der Krankenkassen abträglich und es bedurfte eigentlich gar nicht mehr der Anregung durch interne Dienstanweisungen, die im

63 Das Bundessozialgericht sieht in ständiger Rechtsprechung den Sachleistungsgrundsatz als ein die GKV „konstitutiv prägendes Prinzip“ an. Vgl. hierzu: Schneider G, Kostenerstattung oder Sachleistung als Gestaltungselement in der vertragszahnärztlichen Versorgung. In: Sodan H (Hrsg.), Zukunftsperspektiven in der (vertrags)zahnärztlichen Versorgung, Berlin (2005) S. 101ff.

GMG verankerte Beratungspflicht der Versicherten steuernd zu nutzen. Dies ist menschlich verständlich.

Ein weiterer Grund für die Ablehnung der Kostenerstattung durch Kassen und Politik ist die mit der Kostenerstattung einhergehende Diskussion um unterschiedliche Leistungsinhalte. Der kassenversicherte Patient als potentieller Kostenerstattungskunde erfährt durch die Leistungsanbieter ärztliche Beratung über medizinische Behandlungsalternativen, welche der Sachleistung u.U. überlegen sind. Dies kann zu einem Imageverlust der Kassenleistung beitragen, welcher gerade angesichts steigender GKV-Beiträge und Rationierung im GKV-System nicht erwünscht ist. Wenn die GKV schon gefühlt teuer ist, so soll sie auf der Leistungsseite nicht auch noch inferior erscheinen. Solange das Primat der Beitragssatzstabilität⁶⁴ praktiziert wird und die Kassenbeiträge nicht von den Lohnkosten entkoppelt sind, führen die hinlänglich bekannten Mechanismen (demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, Rückgang der Lohnsummen) bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahlen medizinischer Behandlungen zwangsläufig zu Rücknahmen in der Versorgungsqualität. Ein ärztliches Verkaufsprogramm „bessere Leistungen gegen Zuzahlung“ würde bei den Bürgern die Akzeptanz für die auch zukünftig zwangsläufig steigenden Krankenversicherungsbeiträge weiter gefährden. Neben den bereits stark skeptischen Erwartungen der Bürger an die künftigen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung würde hier ein zweiter Problembereich im Bereich der Sozialabgaben beleuchtet, in dessen Umfeld der Gegenwert für eingezahlte Beträge zweifelhaft erscheint.

In der Hauptsache jedoch ist die Ausübung der Kostenerstattung durch die Versicherten unerwünscht, da für die Krankenkassen das wichtigste Instrument der Ausgabensteuerung verloren gehen würde. So sind die nach Wahl der Kostenerstattung gezahlten Erstattungsbeträge in der Regel weder bud-

64 Vgl. Sodan H, Die gesetzliche Krankenversicherung nach dem GKV-Modernisierungsgesetz: Zehn Thesen zur Gesundheitsreform. In: GesR, 3. Jg. 2004 (2004) Nr. 8, S. 306.

get- noch degressionswirksam.⁶⁵ Die durch Kostenerstattung an den Versicherten ausgezahlten Honoraranteile sind bei der Krankenkasse tatsächlich abgeflossen. Dagegen ist das dem Arzt durch die KV ausgezahlte Honorar keine lineare Abbildung der von ihm erbrachten Leistungen.⁶⁶ Der Arzt erbringt eine Leistung für die er Punkte berechnet. Da die Gesamtvergütung aller Ärzte in einem regionalen Planungsraum (KV), Tätigkeitsfeld (fachliche Gebietsbezeichnung) und Abrechnungszeitraum (Quartal) gedeckelt ist, ist der monetäre Gegenwert des Punktes abhängig von der Anzahl der eingereichten Punkte aller Ärzte. Je mehr Punkte von der Gesamtheit der Ärzte im Berechnungszeitraum erbracht werden, desto geringer ist der Wert eines Punktes in Euro. Der Punktwert floatet. Außerdem erfolgt die genaue Festsetzung des Punktwertes nicht periodengerecht, so dass eine Planungssicherheit für die Ärzte in der Regel nie gegeben ist und Abzüge noch Jahre später möglich sind.⁶⁷ Zusätzlich greift zu Gunsten der Kassen eine Degressionsregelung. So unterliegen die Punktsummen für die durch eine Praxis erbrachten Leistungen oberhalb bestimmter Schwellenwerte einer Zwangsrabattierung zugunsten der Krankenkassen. Dieser Rabatt beträgt in der Spitze 40 Prozent⁶⁸. Weiter sind im Wege der Kostenerstattung bezogene Medikamente nur schwer in Regressforderungen aus Überschreitungen von Arzneimittelbudgets⁶⁹ einzuarbeiten.

65 Die Einzelabrechnungen der Einzelkassen mit den am Kostenerstattungsverfahren teilnehmenden Versicherten sind buchhalterisch nur mit Mühen den Degressionskonten der Ärzte zuzuordnen und eine Bereinigung der von den Kassen an die KVen zu entrichtenden Gesamtvergütung ist technisch wie rechtlich problematisch.

66 Vgl. § 85 SGB V.

67 Noch im Jahre 2004 war vor dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen ein Streit zwischen Krankenkassenverbänden und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen über die Honorare ab dem Jahr 1996 anhängig.

68 § 85 Abs. 4b SGB V.

69 Vgl. § 84 Abs. 1 Satz 4 bis 7 SGB V.

Alle diese Mechanismen, welche das Morbiditätsrisiko der Versicherten von den Krankenkassen auf die Ärzteschaft verlagern, sind bei Ausübung der Kostenerstattung gefährdet oder ausgesetzt. Im Fall der Kostenerstattung entsteht eine direkte Beziehung Arzt-Patient mit Zahlungsfluss Krankenkasse-Patient-Arzt, so dass Abzüge aus Degression und Budget schwierig sind und ein Floating nicht zu praktizieren ist. Schließlich kann eine Krankenkasse einem Versicherten nicht Jahre später mit einer Rückforderung aus nachträglicher Absenkung des Punktwertes entgegentreten. Sollten Arztgruppen in großem Stil die Kostenerstattung praktizieren, wäre das System gefährdet.⁷⁰ Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bremst die Bestrebungen ihrer Mitglieder, sich für die Kostenerstattung einzusetzen. Die seitens der KBV angeführten Argumente (Vorleistung der Versicherten, Inkassorisiko) gelten seit den positiven Erfahrungen der Jahre 1997-99 als überholt, werden jedoch beständig fortgeschrieben. Die Argumentation der KBV wird als Argumentation wider besseres Wissen und wider die Interessen der Ärzte angesehen. Der KBV wird massives korporatistisches Eigeninteresse unterstellt, da eine erfolgreiche Einführung der Kostenerstattung für die KBV ein Einbruch ihres Kerngeschäftes bedeute, nämlich der Abrechnung der Sachleistungshonorare. Um dies zu verhindern, vernachlässige die KBV ihre eigentliche Rolle als Interessenvertretung der Ärzte.⁷¹

1.6.4 Ausblick

Mit dem GMG entstand eine Novelle des § 13 Abs. 2 SGB V die nichts mit dem zu tun hatte, was vorher gefordert wurde und in nichts dem entsprach, als das es von offizieller Seite vorher und hinterher dargestellt wurde. Es ist eine Gesetzesnovelle zur Einführung eines vorher teilweise bereits in

⁷⁰ Vgl. Schneider, S. 124.

⁷¹ Vgl. Anonymus, Es geht ums Prinzip. Kostenerstattung oder Sachleistung? Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen streiten sich. In: FAZ (4.8.06) Nr. 179, S. 13.

weitergehender Form vorhandenen Wahlrechtes, dessen spezifische normative Ausgestaltung gleichzeitig zielgerichtet die Ausübung ebendieses Wahlrechtes im praktischen Alltag unmöglich macht und gleichzeitig einer anderen Gruppe (den freiwillig Versicherten) ein weitergehendes und bereits schon vorhandenes Wahlrecht entzieht. Begleitet wird diese Novelle von genau gegensätzlichen Verlautbarungen und Interpretationen.

Verbraucherschützer und Patientenbeauftragte traten als Korrektiv nicht hervor. Problematisch zu hinterfragen ist in einigen Fällen sicherlich die finanzielle Abhängigkeit vieler Verbraucherberatungen und Patientenstellen von Mitteln der GKV-Verbände. Eine Unabhängigkeit scheint hier nicht gegeben zu sein,⁷² und bereits ein breites Schweigen zur Thematik der Kostenerstattung hätte für die Bestätigung dieser Annahme gesprochen. Tatsächlich erschienen jedoch sogar zahlreiche Beiträge von Verbraucherschutzorganisationen und auch aus der neu geschaffenen Institution der Patientenbeauftragten, die im Gleichklang mit den Krankenkassen vor unabsehbaren Folgen der Wahl der Kostenerstattung warnten, da man sich ja für ein ganzes Jahr in seiner Wahl festlegen müsse. Dabei blieb meist unerwähnt, dass genau durch diese Einjahresregelung gezielt eine Einschränkung überhaupt erst neu eingeführt und damit die Benachteiligung erst geschaffen wurde. Ebenso wenig wurde der Entzug der Rechte der freiwillig Versicherten beklagt.

Das Gedankengut der wegweisenden Gesetzesbegründung aus dem Jahre 1996 ist in das Gegenteil verkehrt worden.⁷³ Als Reaktion auf eine diesbezügliche direkte Nachfrage und An-

72 Zur Problematik der Unabhängigkeit von Beratungsstellen vgl. Schaeffer D, Dierks M-L, Hurrelmann K, Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b Sozialgesetzbuch V. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV. Bielefeld (2004) S. 2f.

73 Vgl. Anonymus, Hürdenlauf ohne Wahlmöglichkeit, Interview mit dem Gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU Fraktion im Bundestag. Wolfgang Zöllner (MdB). In: *Ärztepost*, (2004) Nr. 2, S. 14f.

mahnung erging die Stellungnahme des Kanzleramtes, welche dokumentiert, dass man die nachteilige Gestaltung der Vorschriften ganz bewusst gewählt hatte: Man habe zwar die Option auf Kostenerstattung in das GMG implementiert, halte im Grundsatz aber am Sachleistungsprinzip fest. Die damit drastisch erhöhte Eigenbeteiligung des Patienten im Falle einer Option für das Kostenerstattungsprinzip hänge unmittelbar mit der allgemeinen gesundheitspolitischen Erkenntnis zusammen, dass Gesundheitssysteme mit Kostenerstattungsprinzip deutlich weniger Ausgabensteuerung erlauben als Systeme mit Sachleistungsprinzip.⁷⁴

Der Bürger darf in allen Bereichen seines wirtschaftlichen Umfeldes freie Konsumententscheidungen treffen, außer im Bereich des Gesundheitsmarktes. Dort wird vordergründig ein paternalistischer Ansatz als systemerhaltende Camouflage herbeibemüht. Der soziale Friede ist damit auf Zeit behelfsmäßig gesichert, aber der andernorts medienwirksam geforderte souveräne Patient⁷⁵ bleibt bewusst unverwirklicht. Die Sicherung der Handlungsmöglichkeit der Deckelung der Ausgaben genießt höhere Zielpriorität. Die Einflussnahme auf die Sozialsysteme ist regierungsseitig zudem von politischer Desinformation begleitet. Weitere notleidende Schauplätze sind erkennbar. Beispielhaft ist hier die Forderung nach einer Übernahme der Pflegeversicherung in ein Modell der Bürgerversicherung zu nennen.⁷⁶ Trotz aller anderslautender Erfahrungen

74 Antwort auf die Anfrage des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Weitkamp, an Bundeskanzler Schröder, mit der Aufforderung, sich für eine „echte Kostenerstattung mit rechtem Selbstbehalt und Härtefallregelung einzusetzen.“ Diese mache die Praxisgebühr überflüssig, Sorge für absolute Transparenz, schärfe das Kostenbewusstsein der Patienten und erschwere jegliche Art der Abrechnungsmanipulationen.“; Zit.: Maibach-Nagel E, in ZM, Jg. 94 (1.6.2004) Nr. 11, S. 1503.

75 Vgl. hier stellvertretend: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), Patientenrechte in Deutschland, Berlin (2003), S. 6.

76 Vgl. hierzu Häcker J, Raffelhüschen B, Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung. In: Vierteljahreshefte zur

soll hier einem Umlageverfahren der Vorzug vor einem kapitalgedeckten Modell der Vorzug gegeben werden.

Noch weitergehend zielen die aktuellen Bestrebungen des Bundesgesundheitsministeriums, über eine Egalisierung der Gebührenordnungen eine Differenzierbarkeit der Leistungen „privat“ vs. „Kasse“ gänzlich abzuschaffen. Wenn nämlich die Leistungsbeschreibungen von GOÄ und GOZ sich mit denen von EBM und BEMA decken, wird die PKV ihr Geschäftsmodell verloren haben und das politische Projekt einer Bürgerversicherung gegen den Koalitionspartner faktisch realisiert worden sein. Die Thematik einer Zwei-Klassen-Medizin wird sich dann dadurch erledigt haben, dass die erste Klasse als politisch störende Referenzklasse abgeschafft wurde. Die Kosten-erstattung als Upgradelösung wäre obsolet.

Der Staat präsentiert sich hier als Verordnungsgeber von GOÄ/GOZ wenig überzeugend. Er befindet sich in einem Interessenkonflikt, aber zeigt sich als engagierter Stakeholder in eigener Sache. Es wäre sein Auftrag, eine Gebührenordnung für medizinische Leistungen in Deutschland auf wissenschaftlichem Niveau zu erstellen und diese Leistungen mit angemessenen Honoraren zu bewerten. Stattdessen ist er erkennbar bestrebt, die eigenen Ausgaben seiner Beihilfeetats zu senken, indem die Gebührenordnungen so gefasst werden, dass hochfrequent erbrachte Leistungen überproportional abgewertet werden. Dieses Vorgehen ist aktuell (Frühjahr 2008) in den Referentenentwürfen einer neuen GOZ zu besichtigen. Der Normgeber kommt seiner eigentlichen Pflicht einer umfassenden Leistungsbeschreibung nicht nach, sondern schneidet sich über das BMG stattdessen eine Gebührenordnung pro domo als Etatentlastung und gleichzeitig als Beförderung einer von der Spitze des Hauses gewünschten Annäherung an eine Einheitsversicherung.

Stattdessen sollte man sich eher von den klaren demographischen Vorgaben zu der Erkenntnis leiten lassen, dass in Deutschland das Fortbestehen des Produktes „Krankenversicherung-XXL“ mit „gefühlter Flatrate“ nicht mehr als

Wirtschaftsforschung, Jg. 73 (2004) Nr. 1, S. 158.

Grundversicherung möglich sein wird. Kürzungen im Leistungskatalog werden ebenso unumgänglich sein, wie die grundsätzliche Einführung von Eigenbeteiligungen der Versicherten und Anreizmodellen als Instrumente der Ausgabensteuerung. Hier gelte es, sich ordnungspolitisch aufzustellen, auch wenn das Verkünden von Einschränkungen politisch unpopulär ist.

Interessant ist, dass die augenblicklich zaghaft beginnende Diskussion um Selbstbestimmungsrechte am Lebensende⁷⁷ zeigt, dass auch in diesem Bereich individuellen Präferenzen Rechnung getragen werden soll und die Patienten hier eigenverantwortliche Entscheidungen werden treffen dürfen. Wie viel näher und von ethischen Fragestellungen völlig unbelastet läge es doch, den Patienten bereits in der Mitte seines Lebens an therapeutischen Entscheidungen zu beteiligen.

„Über die Notwendigkeit von durchgreifenden Reformen sind sich wählende und gewählte Bürger einig, solange sie Missstände abschaffen sollen, die sie nicht selbst betreffen. Eine bis 2010 reichende Agenda zur Zerkleinerung notwendiger Strukturreformen betont den Reformwillen der Regierung, der auch andere Unbeteiligte mitreißen soll.“⁷⁸

77 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung / Bundesministerium der Justiz, Patientenrechte in Deutschland, S. 10.

78 Alles wird gut! – An-, Wider- und Zusprüche in schwerer Zeit -, Haktmacher S, in: Die Wertschöpfungsprüfung, Jg. 58, (3), 1. Februar 2005, S. 65)

| 2

Kostenerstattung aus Sicht der Politik

| 2.1

Das Kostenerstattungsprinzip sorgt für Transparenz und setzt Anreize für Eigenverantwortung

Daniel Bahr, MdB

Das Kostenerstattungsprinzip hat in den letzten zehn Jahren eine wechselvolle Geschichte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfahren. Ein kurzer Blick in die Historie zeigt die Entwicklung dieses Strukturprinzips, das in der privaten Krankenversicherung (PKV) seit Jahrzehnten fest und zuverlässig verankert ist.

Vor 1989 durften die Ersatzkassen nur ihren freiwilligen Ersatzkassenmitgliedern mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze einen Anspruch auf Kostenerstattung – in Höhe der Vertragssätze der Krankenkassen bei privatärztlicher ambulanter Behandlung – gewähren.

Die FDP hat seit jeher im Deutschen Bundestag für das Kostenerstattungsprinzip in der GKV gegen den Widerstand der anderen Parteien gekämpft. Mit den ab 1989 folgenden „Gesundheitsreformen“ (Gesundheitsreformgesetz 1989; Gesundheitsstrukturgesetz 1993; GKV-Neuordnungsgesetz 1997 und dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2004) wurde das Kostenerstattungsprinzip immer weiter im Sozialgesetzbuch V ausgebaut und weiteren Versicherten die Möglichkeit gegeben, die Kostenerstattung statt der Sachleistung zu wählen. Allerdings wurde zwischenzeitlich, durch das Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform 2000 (dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz), die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung für Pflichtversicherte in der GKV durch die damalige rot-grüne Bundesregierung gleich nach Amtsantritt abgeschafft – gegen den Protest der FDP!

Mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2004 wurde aber schließlich die Kostenerstattung anstelle der Sachleistung gemäß § 13 Absatz 5 SGB V wieder eingeführt, wenn

auch im Gesetz und in der Praxis der Krankenkassen den Versicherten die Wahl der Kostenerstattung unattraktiv gemacht wurde.

Heute muss somit in der GKV die Kostenerstattung als Ausnahme vom Sachleistungsprinzip gesetzlich gestattet sein. Seit der Wiedereinführung der Wahl der Kostenerstattung zum 1. Januar 2004 können alle Versicherten – nicht nur wie bis dato freiwillig Versicherte und ihre Familienangehörigen – anstelle von Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind bei der Wahl mindestens ein Jahr vertraglich gebunden. Die Kosten werden nur bis zu dem Betrag erstattet, der bei entsprechender Sachleistung angefallen wäre, abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen und einen Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Verwaltungskosten. Leider raten die Krankenkassen ihren Versicherten massiv die Wahl der Kostenerstattung ab.

Ebenfalls seit dem 1. Januar 2004 können Versicherte auch Leistungserbringer in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bei Krankenbehandlung im Ausland in Anspruch nehmen. Dies gilt seit dem 1. Januar 2007 auch für die Schweiz. Der Erstattungshöchstbetrag ist beschränkt auf den Preis der Sachleistung im Inland. Kostenerstattungen erfolgen für Krankenhausbehandlungen nur nach vorheriger Zustimmung der deutschen Krankenkasse.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wird die bisherige Beratungsverpflichtung der Krankenkassen durch die Informationspflicht des Leistungserbringers ersetzt. Die Versicherten haben allerdings die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Eine Einschränkung der Wahl ist nun auf die Bereiche (zahn-)ärztliche bzw. stationäre Versorgung und auf veranlasste Leistungen hin möglich. Zu veranlassten Leistungen gehören z. B. vom Arzt verordnete Arzneimittel oder häusliche Krankenpflege. Es ist noch nicht absehbar, ob diese Regelungen zu einer deutlichen Zunahme der Kostenerstattung führen.

Transparenz und Effizienz

Die Kostenerstattung hat zwei wesentliche Vorteile gegenüber dem Sachleistungsprinzip. Erstens sorgt das Kostenerstattungsverfahren für Transparenz über entstandene Kosten und angewandte Behandlungen. Zweitens fördert die Kostenerstattung Anreize für die Versicherten, sich bewusst und zielgerichtet, d.h. kosten- und gesundheitsbewusst, zu verhalten.

Außerdem ermöglicht die Kostenerstattung für Arzt und Patient die Vereinbarung eines individuellen Behandlungsplanes unabhängig von den Vorgaben des öffentlich-rechtlichen Systems, allein ausgerichtet auf die Therapienotwendigkeiten. So hat der Arzt z. B. die Möglichkeit, die passende Arzneimitteltherapie durchzuführen. Individuell passende und gewünschte Behandlungsverfahren stehen den Versicherten somit offen.

Der FDP wird von Gegnern der Kostenerstattung immer wieder vorgehalten, dass die gesetzlich Versicherten nicht mit der Kostenerstattung umgehen könnten. Der Versicherte sei nicht in der Lage, eine Arztrechnung zu beurteilen. Mit diesen Argumenten werden 70 Millionen gesetzlich Versicherte letztlich unmündig gehalten. Diese 70 Millionen gesetzlich Versicherten schließen auch Kreditverträge, Lebens- und Haftpflichtversicherungen ab, in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die gleichen Bürger aber systematisch unmündigt. Wir Liberalen sind überzeugt von der Mündigkeit des Versicherten und Patienten, wir wehren uns dagegen, den Patienten für unmündig zu halten.

Wenn der Patient eine Rechnung erhält, wird ihm klar, was die Leistungen, die er in Anspruch nimmt, kosten. Das ist Grundvoraussetzung dafür, dass die Versicherten gemeinsam mit ihrem Arzt überlegen, welche Behandlung im einzelnen angewandt wird und ob bestimmte Leistungen tatsächlich notwendig sind. Das Sachleistungsprinzip verleitet stattdessen die Patienten und unter Umständen – sollte es keine Budgetierung geben – auch die Ärzte dazu, möglichst viele Leistungen zu erbringen. Im Sachleistungsprinzip geht ein Zusammen-

hang zwischen der Leistung und ihrem Preis verloren. Der Zusammenhang zwischen erhöhter Leistungsanspruchnahme und steigenden Krankenkassenbeiträgen ist viel zu indirekt, als dass hier von einer klaren Steuerungswirkung ausgegangen werden könnte.

Wer durch das Sachleistungsprinzip den Patienten als denjenigen, dem medizinische Leistungen unmittelbar zu Gute kommen, aus der Leistungspflicht fast völlig heraus hält, kann eine optimale Therapie nicht garantieren. Eine allein am ärztlichen Gewissen ausgerichtete Therapie ist deshalb allein im Rahmen der Kostenerstattung möglich. Medizinische Leitlinien und ärztliche Qualitätsstandards sind dabei zu beachten. In der auf dem Sachleistungsprinzip basierenden vertragsärztlichen Versorgung befinden sich die Leistungserbringer oftmals in einem Dilemma. Die zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel reichen nicht aus, um jeden Patienten gemäß der neuesten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu behandeln. Gleichzeitig aber erklärt der Gesetzgeber, dass alles Notwendige auch in Zukunft bezahlt werde. Das passt nicht zusammen. Die Versicherten erleben zunehmend enge Vorgaben, ihre Wahlfreiheit geht dabei verloren. Die FDP will stattdessen den Versicherten mehr Wahlfreiheit geben. Der Leistungskatalog der GKV kann und soll eine Grundversorgung umfassen. Analog zum Festzuschuss beim Zahnersatz sollen die Versicherten auch bei weiteren Leistungen über eine Mehrkostenregelung kombiniert mit Kostenerstattung ihre gewünschte Behandlung oder Leistung durch eine Aufzahlung erhalten können.

Nur wenn der Versicherte einen klaren Zusammenhang zwischen Leistungsanspruchnahme, Kosten, Beiträgen und einer individuellen Einflussnahme auf sein Vertragsverhältnis mit Krankenkasse und Arzt sieht, wird er auch Maßnahmen zur Kostenvermeidung treffen können. Der immer wieder erhobene Vorwurf, der Versicherte können gar nicht auf gleicher Augenhöhe mit Ärzten und Krankenkassen kommunizieren, geht ins Leere, denn gerade das Kostenerstattungsprinzip gibt dem Versicherten die notwendigen Informationen, die

er benötigt, um auf gleicher Augenhöhe zu entscheiden. Erstens sieht er auf der Rechnung schwarz auf weiß alle Behandlungen und Verschreibungen und zweitens wird er durch die Kostenaufschlüsselung und die zunächst erforderliche Selbstfinanzierung auch direkt die Kosten einer Behandlung „spüren“. Dies wird ihn auch ermutigen, bei seinem Arzt oder seiner Krankenkasse nachzufragen.

Die FDP fordert seit vielen Jahren eine Einführung der Kostenerstattung als Regelfall im GKV-System. Allerdings ist die Einführung der Kostenerstattung nur ein Punkt, der in ein Gesamtkonzept zur Reformierung des deutschen Gesundheitswesens eingebettet werden muss. Die Kostenerstattung wird auch nur dann eine optimale Wirkung entfalten, wenn diese mit sozialverträglichen Selbstbeteiligungsregelungen verbunden wird. In dieser Kombination erwächst ein Anreizsystem, das beim Versicherten auf eine wirtschaftliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hinausläuft.

Das deutsche Gesundheitswesen verliert zunehmend an Leistungsfähigkeit. In seiner heutigen Ausgestaltung ist es nicht geeignet, die Herausforderungen der demographischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und des abnehmenden Anteils der Lohneinkommen am Brutto-sozialprodukt zu bewältigen. Die FDP spricht sich für ein demographiesicheres Krankenversicherungssystem – mit Altersrückstellungen – und sozialer Verantwortung aus. Dabei müssen die Bürger möglichst viel Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für ihren Versicherungsschutz erhalten. Die ausufernde Bürokratie ist zu beseitigen und die Kräfte des Wettbewerbs müssen sich zur Schaffung von mehr Effizienz entfalten.

Die FDP will sicherstellen, dass jeder Bürger auch zukünftig eine gute Gesundheitsversorgung bekommt. Der medizinisch-technische Fortschritt darf nicht durch Rationierungen oder Budgetierungen ausgebremst werden. Jeder Bürger soll unabhängig von seiner finanziellen Situation ein Anrecht auf einen bezahlbaren Versicherungsschutz bekommen.

Wahltarife für die Kostenerstattung

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist ab dem 1. Januar 2007 die Möglichkeit für gesetzliche Krankenkassen geschaffen worden, Wahltarife für die Kostenerstattung einzuführen. In der Begründung zur „Gesundheitsreform 2007“ heißt es hierzu: „Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden. Beispielsweise wäre es möglich, dem Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GOÄ/GOZ zu erstatten. Für die Mehrkosten, die dies gegenüber Sachleistungen bedeutet, muss die Kasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern.“ Damit ist der Weg für die gesetzlichen Krankenkassen eröffnet worden, Privatrechnungen über einen gesonderten Kassentarif zu refinanzieren. Die entsprechende Regelung wird allerdings von einigen Krankenkassen ausgenutzt. Die bisher im Rahmen einer Zusatzversicherung durch eine private Krankenversicherung absicherbaren Leistungen wie Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus sowie Auslandsreiseschutz werden nunmehr auch von gesetzlichen Krankenkassen in solchen Zusatztarifen versichert.

Eine Quersubventionierung zwischen diesen Kostenerstattungstarifen und dem Bereich der Pflichtversicherung kann bei gesetzlichen Krankenkassen in der konkreten Ausgestaltung nur schwer ausgeschlossen werden. Im Übrigen besteht ein unkalkulierbares Risiko, ob auf diesem Feld tätige Krankenkassen in Zukunft ihren Status als Sozialversicherung europarechtlich überhaupt halten können. Je stärker die Krankenkassen als Unternehmer in Erscheinung treten, desto größer wird auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich wie Unternehmen behandeln lassen müssen. Krankenkassen berufen sich auf den Status als öffentlich-rechtliche Körperschaft und genießen damit bilanzielle und steuerliche Vorteile. Wenn sie aber in Konkurrenz zu privaten Versicherungsunternehmen treten, müssen die gleichen, fairen Regeln herrschen. Alles andere sind Wettbewerbsverzerrungen auf dem Rücken von Versicherten und Leistungserbringern.

Es muss auch in Zukunft bei den Prinzipien des § 12 Abs. 1 SGB V bleiben, dass die Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen anbieten, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Es wäre eine unzulässige Leistungsausweitung, die nicht den Prinzipien des SGB V entspräche, wenn die GKV zunehmend in das originäre Geschäftsfeld der PKV vordringt.

Die Hauptkritikpunkte einer solchen Regelung liegen aber in den Nachteilen für die Versicherten, wenn sie sich für einen solchen Zusatztarif entscheiden. Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen auch mit dem Wahltarif nicht den Bedingungen des Versicherungsvertrags- und des Versicherungsaufsichtsgesetzes und haben damit frühestens nach drei Jahren durch eine Änderung ihrer Satzung die Möglichkeit, diesen Tarif wieder zu schließen. Dann verliert der Versicherte seinen entsprechenden Schutz. Versucht er somit einige Jahre später, bei einem anderen Anbieter erneut die Versorgungslücke zu schließen, muss er wegen eines mittlerweile höheren Alters und Risikos höhere Prämienzahlungen in Kauf nehmen. Es ist deshalb sinnvoll, es bei der Regelung im Sozialgesetzbuch V zu belassen. Gemäß § 194 Abs. 1a SGB V können auch zukünftig Zusatztarife über Leistungen, die nicht zum unmittelbaren Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden, nicht jedoch von der gesetzlichen Krankenkasse selbst. Unabhängig davon muss jeder GKV-Versicherte, wie in § 13 festgeschrieben, auch weiterhin die Möglichkeit haben, sich für die Kostenerstattung zu entscheiden.

Fazit

Die FDP begrüßt ausdrücklich, dass zum 1. Januar 2004 die Möglichkeit der Kostenerstattung für alle GKV-Versicherten wieder eingeführt wurde. Allerdings wäre es für Versicherte,

Leistungserbringer, Krankenkassen und das Gesundheitssystem insgesamt von großem Vorteil, wenn die Kostenerstattung als Regelfall eingeführt werden würde.

Damit das Gesundheitssystem aber insgesamt zukunftsfest wird, müssen weitere erhebliche Strukturveränderungen angegangen werden. Dabei ist beispielhaft an Altersrückstellungen zu denken, um die finanziellen Folgen der demographischen Entwicklung abfedern zu können. Insgesamt muss den Beteiligten am Gesundheitssystem mehr Eigenverantwortung und Wahlfreiheit angeboten und übertragen werden, denn nur dann kann sich der Gesundheitsmarkt zu einem starken Wachstumsmarkt der Zukunft entwickeln.

| 2.2

Kostenerstattung in der GKV – viele Defizite verhindern ihre Ausweitung

Biggi Bender, MdB

Viele scheinen die Kostenerstattung geradezu für ein Allheilmittel gegen die Krankheiten unseres Gesundheitswesens zu halten. Sie Sorge für mehr Transparenz. Abrechnungsmanipulationen würden durch detaillierte Arztrechnungen verhindert. Außerdem würden die Patientinnen und Patienten für die Kosten der Gesundheitsleistungen sensibilisiert. Das würde zu einer verantwortungsvolleren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems anhalten.

Große Ansprüche also – denen allerdings die bisherige Praxis der Kostenerstattung nicht gerecht wird. Richtig ist sicher, dass sie für mehr Kostentransparenz sorgen könnte. Allerdings würde dieses Ziel auch durch verständliche Patientenquittungen erreicht werden. Ob ein solcherart verändertes Abrechnungsverfahren dazu beitragen könnte, den Abrechnungsbetrug einzudämmen, ist zumindest zweifelhaft. Hierfür dürften die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen weit aus geeigneter sein. Ausgerechnet diese Instrumente würden aber mit dem Wegfall des Sachleistungsprinzips an Bedeutung verlieren. Dazu weiter unten mehr. Und die Annahme, dass mit der Kostenerstattung bei den Versicherten ein „Kostengewissen“ entstehe, das unnötige und übermäßige Behandlungen verhindere, ist schlicht falsch.

| **Kostenerstattung ohne Selbstbeteiligung ist wirkungslos**

Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, weshalb innerhalb eines Sozialversicherungssystems aus einer verbesserten Kostenkenntnis ein verstärktes Kostenbewusstsein entstehen sollte. Denkbar wäre zum Beispiel auch, dass Versicherte

vom Preis einer Leistung auf deren Qualität schließen und sich in einer Wahlsituation für das teurere, weil vermeintlich bessere Angebot entscheiden. Dann würde die bessere Kostentransparenz sogar Ausgabensteigerungen mit sich bringen. Zur Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt die Kostenkenntnis erst dann, wenn spürbare Selbstbeteiligungen hinzukommen. Dazu gibt es inzwischen auch diverse wissenschaftliche Untersuchungen. Zuzahlungen kennen wir schon im derzeitigen Sachleistungssystem. Allerdings sind diese in der Höhe stark begrenzt und zumindest bei der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Krankenhausbehandlung auch nicht unmittelbar von den jeweils entstehenden Behandlungskosten abhängig. Wollte man dies ändern und die Höhe der Selbstbeteiligung direkt an den Preis der jeweiligen Leistung knüpfen, würde man auch die derzeitigen Belastungsobergrenzen für die Selbstbeteiligungen deutlich anheben müssen. Andernfalls wären mehr Kostenbewusstsein und entsprechende Verhaltensänderungen nicht zu erwarten. Damit würde man aber das grundlegende Ziel der solidarischen Krankenversicherung aufgeben, für alle Bevölkerungsgruppen den Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen zu gewährleisten.

Kostenerstattung führt zu Steuerungsdefiziten

Vor allem aber verkennt die These vom „Kostengewissen“, dass im Gesundheitswesen die Nachfragedynamik wesentlich stärker von den Anbietern als von den Nachfragern bestimmt wird. Welche und wie viele Leistungen ein Patient in Anspruch nimmt, wird maßgeblich durch den behandelnden Arzt gesteuert. Der stellt die Diagnose und verordnet die aus seiner Sicht notwendigen Leistungen. Die meisten Patientinnen und Patienten verfügen nicht über die Sachkenntnis und die Informationen über Indikationen und mögliche Diagnose- und Therapieverfahren, um sich hieran wesentlich zu beteiligen. Zwar wächst nach und nach der Anspruch, Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle im Behandlungsprozess zu ermöglichen.

Doch entsprechende Konzepte, wie das „Shared Decision Making“, sind noch weit von ihrer flächendeckenden Umsetzung im Versorgungsalltag entfernt. Für die Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung wird daher noch auf unabsehbare Zeit hinaus die Versorgungssteuerung weitaus wichtiger sein als die Versichertensteuerung. Und hier liegt auch die größte Schwäche der Kostenerstattung.

Im Sachleistungssystem existieren direkte Vertragsbeziehungen zwischen Ärztinnen und Ärzten bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Damit verfügen die Kassen über vertragliche Instrumente zur Steuerung der Ausgaben sowie der Struktur und Qualität der Leistungserbringung. Diese Instrumente sind in den vergangenen Jahren durch den Gesetzgeber massiv ausgebaut worden (Stichworte: Integrierte Versorgung, Selektivverträge, Disease-Management-Programme für chronisch Kranke). Die vergleichsweise zurückhaltende Ausgabenentwicklung im ambulanten Sektor und die Entstehung neuer Versorgungsformen sind vor allem der Anwendung dieser Instrumente geschuldet. Ein ähnlich wirksames Versorgungsmanagement wäre unter den Bedingungen der Kostenerstattung, wie wir sie heute aus der privaten Krankenversicherung (PKV) kennen, nicht möglich. In der PKV gilt das „duale Vertragsmodell“. Das heißt: Der Einzelne schließt zum einen als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer und zum anderen als Versicherter einen Versicherungsvertrag zur Erstattung der Behandlungskosten. Das Krankenversicherungsunternehmen hat damit keine Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern. Deshalb muss es sich auf die Versichertensteuerung beschränken. Die geschieht dann über Leistungsausschlüsse, Selbstbehalte und Prämienrückzahlungen bei geringer Inanspruchnahme von Leistungen. Allerdings im PKV-Durchschnitt nur mit mäßigem Erfolg. Aufgrund des Steuerungsdefizits auf der Anbieterseite ist die PKV mit eklatanten Ausgabensteigerungen konfrontiert. Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen setzt sie kaum. Dieses grundlegende Problem ist vor wenigen Jahren auch der von der Bundesjustizministerin eingesetzten

Expertenkommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts aufgefallen. Diese empfahl in ihrem Abschlussbericht (2004) eine Abkehr vom reinen Kostenerstattungsprinzip, und die „unmittelbare Abrechnung mit den Leistungserbringern“ zu ermöglichen. Darauf wurde dann doch nichts. Bei der inzwischen vollzogenen Reform des Versicherungsvertragsrechts wurde die Empfehlung der Kommission nicht berücksichtigt. Das hätte mit Sicherheit auch zu massivem Widerstand seitens der Ärzteschaft geführt. Allerdings hat sich die Bundesregierung im Rahmen der Gesundheitsreform zu einem ersten kleinen Durchbruch zur Behebung der Steuerungslosigkeit des PKV-Systems auf der Anbieterseite durchgerungen – die PKV hat die Möglichkeit erhalten, die Honorierungsmodalitäten für Basistarif-Versicherte mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auszuhandeln.

Aus der Perspektive des Gesamtsystems spricht nichts für einen Systemwechsel innerhalb der GKV von der Sachleistung zur Kostenerstattung. Für mehr Kostentransparenz ist sie nicht zwingend erforderlich. Die Abrechnung überflüssiger Leistungen würde mit ihr eher leichter als schwieriger werden. Die Anwendung vertraglicher Instrumente für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit wäre deutlich schwieriger, vielfach sogar unmöglich. Außerdem wären soziale Probleme zu erwarten. Viele sozial schwache Personen wären mit der Vorabfinanzierung von Gesundheitsleistungen finanziell überfordert. Für kranke oder ältere Personen würden durch den mit der Kostenerstattung verbundenen Aufwand zusätzliche Belastungen entstehen. Die Prüfung der ärztlichen Rechnungen, die Bezahlung und die Einreichung bei der Krankenkasse dürften viele überfordern.

Kostenerstattung und die Ärzte

Trotz der vielen Argumente gegen die Kostenerstattung finden sich in der Ärzteschaft viele Stimmen für den Systemwechsel. Das hat teilweise mit der Illusion zu tun, dass mit der Kostenerstattung automatisch mehr Geld ins System kommen

würde. Dahinter steht die Erfahrung, dass heute die Abrechnung über das Kostenerstattungsverfahren in der Regel über die privat(zahn)ärztliche Gebührenordnung erfolgt. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) ist für die Ärztinnen und Ärzte deutlich lukrativer als der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) oder der Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) in der GKV. Budgetierungen kennt die PKV nicht. Allerdings darf man mit Sicherheit davon ausgehen, dass jede Bundesregierung eine Systemumstellung beim Abrechnungsverfahren mit Änderungen in den Gebührenordnungen verknüpfen würde. Andernfalls würden die Ausgaben, Beitragssätze und Selbstbeteiligungen geradezu explodieren. Die Haltung vieler Ärztinnen und Ärzte pro Kostenerstattung ist aber sicher auch dem Unmut gegenüber dem heutigen intransparenten Honorarsystem geschuldet. Das System floatender Punktwerte führt bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu großen Unsicherheiten. Der Preis der erbrachten Leistung und die Höhe des eigenen Einkommens stellen sich erst im Nachhinein heraus. Dagegen ist bei der Kostenerstattung, wie sie die Ärztinnen und Ärzte aus der heutigen PKV kennen, jede Leistung mit einem festen Preis verbunden. Sollte es bei der Honorarreform 2009 tatsächlich gelingen, auch in der GKV zumindest Schritte zu einem System fester Preise zu gehen, dürfte die Attraktivität der Kostenerstattung in der Ärzteschaft deutlich abnehmen. Denn auch für die Ärztinnen und Ärzte wäre ein System der Kostenerstattung mit erheblichen Risiken verbunden. Das ist insbesondere das Inkassorisiko. Bereits in der heutigen PKV gibt es einen erheblichen Anteil säumiger Zahler. Dabei handelt es sich bei den Privatversicherten um Bevölkerungsgruppen, bei denen man eine überdurchschnittlich hohe Zahlungsfähigkeit und Zahlungsdisziplin voraussetzen darf. Das sieht in der GKV durchaus anders aus. Insbesondere in sozial benachteiligten Regionen und Stadtvierteln würden viele Ärztinnen und Ärzte sehr schnell vor einer Situation stehen, wie wir sie heute von kleinen Handwerksbetrieben häufig kennen: Trotz guter Auftragslage geraten sie in wirtschaftliche Schwierigkeiten.

rigkeiten, da viele ihrer Kundinnen und Kunden die erbrachten Leistungen nicht pünktlich zahlen. Dazu kämen erhöhte Verwaltungsaufwendungen durch Rechnungsstellungen und Mahnungen bzw. durch die Auslagerung dieser Dienstleistungen auf Verrechnungsstellen. In diesem Zusammenhang sollte man sich vielleicht daran erinnern, welche Proteste der mit der Einführung der Praxisgebühr verbundene Verwaltungsmehraufwand in der Ärzteschaft seinerzeit hervorgerufen hat. Die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen über die Zuständigkeit für die Mahnung säumiger Zahler haben sich über Jahre hingezogen.

Die Expansionschancen der Kostenerstattung sind begrenzt

Die Kostenerstattung wird auch weiterhin ihren Platz im deutschen Gesundheitswesen haben. Selbstverständlich in der PKV – politische Mehrheiten für die Einführung direkter Abrechnungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Ärzten sind auf absehbare Zeit nicht zu erwarten. In der GKV für die Versicherten, die sich für einen Wahltarif mit Kostenerstattung entscheiden. Allerdings wird deren Zahl absehbar gering bleiben; da die meisten Versicherten den mit der Kostenerstattung verbundenen Aufwand scheuen und auch finanzielle Belastungen fürchten. Und natürlich bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland, die zumindest für den ambulanten Bereich mit der Gesundheitsreform 2004 deutlich erleichtert wurde. Große Bedeutung hat diese Möglichkeit außerhalb von Urlaubsreisen vorerst allerdings nur für die Bewohnerinnen und Bewohner von Grenzregionen. Eine Ausnahme stellt hier der Bereich der Zahnbehandlung dar. Der „Zahntourismus“ ihrer Mitglieder wird von einigen Krankenkassen inzwischen regelrecht gefördert.

Darüber hinaus scheint die breitere Anwendung der Kostenerstattung innerhalb der GKV unwahrscheinlich. Dazu sind die mit ihr verbundenen Probleme einfach zu groß. Das könnte sich allenfalls dann ändern, wenn sich die Kostenerstattung

von der heutigen Praxis in der PKV emanzipiert. Ihre Anwendung in einer größeren Dimension ist dann denkbar, wenn sie in Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Anbietern integriert wird. Diese konzeptionelle Diskussion steht aber noch aus.

| 2.3

Kostenbewusstsein entsteht nicht automatisch durch Kostenerstattung

Dr. Rolf Koschorrek, MdB

Die Einführung der Kostenerstattung als Option für alle gesetzlich Versicherten mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab Januar 2004 war ganz offensichtlich kein Erfolg, denn nur spärliche 0,4 Prozent der Versicherten machten Gebrauch davon. Dies ist auch nicht erstaunlich, denn die Entscheidung für die Kostenerstattung war für die Versicherten mit zusätzlichem Aufwand und zusätzlichen Kosten verbunden.

Erst mit dem GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz haben wir in dieser Legislaturperiode ab April 2007 die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen Wahltarife anbieten können und somit die Versicherten ihren Krankenversicherungsschutz auf ihre eigenen persönlichen Bedürfnisse abstimmen können. Alle GKV-Versicherten, d.h. nicht mehr nur die freiwillig Versicherten, haben jetzt die Möglichkeit, sich je nach ihren individuellen Anforderungen, Prioritäten und Leistungserwartungen für einen der angebotenen Wahltarife zu entscheiden. Dies ist ein wichtiger, nach meiner Überzeugung schon lange überfälliger Schritt, mit dem der Versicherte im GKV-System vom pauschalen Beitragszahler/Leistungsempfänger zum selbstbestimmten und verantwortlichen Akteur wird, der seine individuelle Entscheidung treffen und Einfluss nehmen kann. Umfragen unter GKV-Versicherten zeigen seit einigen Jahren, dass diese sich mehr Flexibilität und Gestaltungsmöglichkeiten für ihren Krankenversicherungsschutz wünschen.

Nach meiner Überzeugung sind wir mit der Einführung von Wahlтарifen auf dem richtigen Weg, um die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und sie aktiv in das Gesundheitssystem mit seinen Kosten und Leistungen einzubin-

den. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen sind mündige und verantwortungsbewusste Bürger. Als solche sprechen wir sie auch an, wenn wir sie zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise, zur Prävention und Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen aufrufen. Diese Appelle haben sehr guten Erfolg, wie die jährlich größer werdende Zahl von Teilnehmern an den Präventionsangeboten der GKV-Kassen zeigen. Es ist nur folgerichtig, wenn die Eigenverantwortung der Versicherten nicht bei den Kosten halt macht, sondern sich auch in Form einer Beteiligung an den Kosten ausdrückt.

Die Einführung der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips wäre ein grundlegender Beitrag zu mehr Transparenz in unserem Gesundheitssystem. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass die Kenntnis der Behandlungskosten allein schon zu einem kostenbewussten Verhalten der Versicherten führt. Den gewünschten Steuerungseffekt auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Kostenerstattung nur in Kombination mit einer prozentualen, sozial abgefederten Eigenbeteiligung bringen, die nach oben begrenzt ist, je nach dem finanziellen Leistungsvermögen des Einzelnen.

Die Ehrlichkeit gebietet es, klar und deutlich zu sagen, dass das Gesundheitswesen in Zukunft durch unsere Bevölkerungsentwicklung und durch den Fortschritt in allen Bereichen der Medizin trotz aller Sparbemühungen nicht auf dem heutigen Ausgabeniveau zu halten ist. Es wird teurer werden. Zugleich führt kein Weg daran vorbei, dass die Mittel, die uns für unser Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, nicht unbegrenzt sind. Nach meiner Überzeugung ist die Einführung des Prinzips der Kostenerstattung mit einer prozentualen Selbstbeteiligung eine realistische und praktikable Option, um diese Dynamik unter Einbindung der Versicherten in den Griff zu bekommen.

Die Eigenverantwortung wird künftig – im Vergleich zu den vergangenen Jahren – eine zunehmend wichtigere Rolle spielen. So steht es auch im Koalitionsvertrag, den CDU/CSU und SPD zu Beginn dieser Legislaturperiode vereinbart haben: „Nicht alles, was wünschenswert ist, wird der Staat zukünftig

bereitstellen können. Dem Einzelnen wächst eine größere Eigenverantwortung zu. Diesen Übergang werden wir mit sozialem Augenmaß gestalten.“ An anderer Stelle heißt es in der Vereinbarung unter der Überschrift „Soziale Sicherheit verlässlich und gerecht gestalten“: „Eigenverantwortung und Eigeninitiative müssen gestärkt werden und Solidarität ist nicht nur innerhalb der einzelnen Generationen sondern auch zwischen den Generationen gefordert.“

Es gehört zu den Grundüberzeugungen der Union über das gesellschaftliche Zusammenleben und die Aufgaben von Staat und Politik, dass der Einzelne soweit es in seinen Kräften steht, für sich selbst verantwortlich ist. Darüber hinaus hat er einen Anspruch auf Solidarität und ist zugleich anderen zur Solidarität verpflichtet, so wie es in seinen Kräften steht.

Dementsprechend steht es für die Union fest, dass es im Gesundheitssystem auch künftig einen sozialen Ausgleich zwischen gesunden und kranken Menschen, Beziehern höherer und niedrigerer Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien geben muss. Dies muss so bleiben, weil die Gesundheit ein ganz besonderes Gut ist und der Einzelne es nur in sehr begrenztem Umfang in der Hand hat, wie gut und stabil seine Gesundheit ist. Sie ist vielleicht auch das Gut, für das der Einzelne ganz alleine am allerwenigsten eintreten kann und bei dem er ganz besonders auf die Solidarität der Gesellschaft bzw. einer Solidargemeinschaft oder Versicherung angewiesen ist.

Solidarität gehört ebenso wie Freiheit und Gerechtigkeit zu den Grundwerten unserer Gesellschaft. Sie ist eine entscheidende Grundlage der Gesellschaft und der Nation. Sie ist eine entscheidende Voraussetzung für den Zusammenhalt in der Gesellschaft und auch den sozialen Frieden. Durch die finanzielle Eigenbeteiligung wird die Verpflichtung zur Solidarität in keiner Weise in Frage gestellt. Vielmehr ist sie die Voraussetzung dafür, dass wir auch künftig allen, vor allem den finanziell nicht so Leistungsfähigen, eine gute Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau zur Verfügung stellen können. Es ist klar, dass die solidarische Finanzierung auch weiterhin die Ba-

sis für unser Gesundheitssystem sein muss und sein wird. Gerade weil wir eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle, unabhängig von Einkommen und Alter, sichern wollen, ist es notwendig, dass jeder Einzelne sich kostenbewusst verhält und die Solidargemeinschaft durch die Übernahme eines Eigenanteils entsprechend seinem finanziellen Leistungsvermögen entlastet.

Wie der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Hans-Jürgen Papier, es einmal zutreffend formulierte, ist der Sozialstaat „Teil unserer nationalen Identität“ und hat eine große Bedeutung für den sozialen Zusammenhalt in Deutschland. Er sieht es zugleich als Aufgabe der Politik, dafür zu sorgen, „dass der Sozialstaat sich nicht übernimmt – gerade auch zum Schutz künftiger Generationen“. Zweifellos hat er mit dieser Feststellung Recht.

Ob und wie weit durch mehr finanzielle Eigenbeteiligung eine Kostensenkung in unserem Gesundheitssystem möglich ist, möchte ich dahingestellt lassen, denn darüber lässt sich nur spekulieren. Die Erfahrungen in anderen Ländern, die durch das 2003 eingeführte Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse „Selbstbehalttarif für freiwillig Versicherte“ bestätigt wurden, zeigen, dass auf diesem Weg zumindest eine Begrenzung der Kosten bzw. des Kostenanstiegs erreicht wird.

Dafür spricht auch die international bekannte Untersuchung des amerikanischen Gesundheitsökonomen Pauly. Er stellte 1968 fest, dass jede Vollversicherung dazu führt (besser: verführt), dass die Versicherung mehr als notwendig in Anspruch genommen wird. Sowohl jede staatliche wie private Vollversicherung sei zwangsläufig mit einer Ressourcenverschwendung verbunden. Der Grund dafür ist keineswegs ein unmoralisches Verhalten des Einzelnen. Der Grund ist vielmehr, dass die Versicherten sich ökonomisch rational verhalten und als Gegenleistung für ihre Beiträge so viele Leistungen wie möglich in Anspruch nehmen wollen.

Für die GKV-Versicherten ist der Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und Inanspruchnahme von Leistungen bislang nicht erkennbar, zumindest nicht unmittelbar erkennbar. Eine

zusätzlich oder unnötig in Anspruch genommene Leistung bedeutet für ihn zunächst keine zusätzlichen Kosten. Die Folge sind gleichwohl insgesamt steigende Kosten, die wiederum höhere Beiträge zur Folge haben, die der Versicherte bezahlen muss, unabhängig davon, ob und wie viele Leistungen er persönlich in Anspruch genommen hat. Diesem „Automatismus“ ist durch Anreize für die Versicherten zu einem kostenbewussten Verhalten gegenzusteuern. Als Instrumente hierfür dienen in vielen Ländern bereits seit längerem verschiedene Formen der Selbstbeteiligung und Wahltarife.

In der Konsequenz erfordert dies ein radikales Umdenken bei GKV-Versicherten und Leistungserbringern, bei der Selbstverwaltung und den gesetzlichen Krankenkassen. Für die praktische Umsetzung sind sowohl organisatorische Neuregelungen für die Abrechnungen als auch Neuformulierungen der Gebührenordnungen notwendig.

An erster Stelle müssen wir zumindest im ambulanten Bereich das Kostenerstattungsprinzip als Regel einführen und das Sachleistungsprinzip als Ausnahme für soziale Problemgruppen definieren. Denn wie soll sich ein Versicherter kostenbewusst verhalten, wenn er nicht weiß, meistens nicht einmal eine grobe Idee hat, was eine Leistung kostet und wenn dies für ihn ohne Belang ist.

Es ist eine weitere wichtige Voraussetzung für die eigenverantwortliche Einbindung des Patienten, dass wir es ihm ermöglichen, medizinische Diagnosen und Therapien zu verstehen. Damit eine Arztrechnung für den „Normalbürger“ ohne Fachwörterbuch nachvollziehbar ist, brauchen wir eine auch für den medizinischen Laien verständliche Gebührenordnung und dies ist mit einem massiven Eingriff in die bisherige Formulierung der GOÄ und GOZ verbunden.

Diese Änderungen verlangen in der Anfangsphase zweifellos einen hohen organisatorischen und auch einen gewissen finanziellen Aufwand sowohl für die Arztpraxen als auch für die Selbstverwaltung und die Kassen, denn sie alle arbeiten quasi seit Menschengedenken mit dem gut eingespielten und in der Regel gut funktionierenden Prinzip der Sachkostenerstattung.

Aber eine solche Umstellung ist zu bewältigen und wir dürfen nicht davor zurückschrecken. Vielmehr sollten wir die Zeit nutzen, um die notwendigen Änderungen wohl überlegt und geplant in Angriff zu nehmen. Es wäre mehr als unklug, so weiter zu machen wie bisher, obwohl wir wissen, dass das System in der bisherigen Form nur noch eine absehbare Zeit mehr schlecht als recht funktionieren kann.

Die Erfahrungen mit dem Kostenerstattungsstarif mit Selbstbeteiligung, wie ihn die Techniker Krankenkasse im vergangenen Jahr als Wahlstarif für ihre Versicherten eingeführt hat, können dabei ebenso wie die Abrechnungsverfahren für die PKV-Versicherten eine praktische Grundlage dafür liefern, wie im GKV-Bereich das Kostenerstattungsprinzip mit prozentualen Eigenanteil in der Praxis umzusetzen ist.

Die Einführung des Kostenerstattungsprinzips mit prozentualer Eigenbeteiligung bedeutet eine bislang noch nicht da gewesene fundamentale Änderung und wirkliche Reform in unserem Gesundheitssystem. Bei den gegebenen politischen Mehrheiten sowie der weit verbreiteten Furcht vor allem Neuen in weiten Teilen unserer Gesellschaft wird sie wohl leider nicht so schnell umgesetzt werden, wie dies angesichts der absehbaren finanziellen Probleme unseres Gesundheitswesens notwendig wäre. Nach meiner Einschätzung werden das Kostenerstattungsprinzip und eine obligatorische Eigenbeteiligung als Regel gleichwohl trotz aller derzeitigen Widerstände und organisatorischen Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, über kurz oder lang realisiert werden. Auch wenn es politisch derzeit nicht opportun scheint, dies offen und ehrlich zu sagen, so ist es der verantwortlichen Politik doch klar, dass Eigenverantwortung und Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle spielen werden.

Aufgrund meiner Erfahrung als praktizierender Zahnarzt bin ich überzeugt, dass die Versicherten und Patienten sowohl bereit als auch in der Lage sind, Eigenverantwortung zu übernehmen, indem sie sich sowohl gesundheits- als auch kostenbewusst verhalten.

Die Zahnmedizin – mit ihrem begrenzten und gut überschaubaren Bereich – hat in unserem Gesundheitssystem hinsichtlich der Stärkung der Eigenverantwortung, der erfolgreichen Prävention und der Kostenbeteiligung eine Vorreiterrolle übernommen. Ohne Frage sind die Maßnahmen und Erfahrungen der Zahnmedizin nicht auf alle Bereiche der Medizin und des Gesundheitssystems zu übertragen. Sie setzen gleichwohl deutliche positive Ansatzpunkte für Änderungen in den übrigen Fachgebieten:

- ▶ Die Bereitschaft, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, ist bei den Bürgern durchaus vorhanden.
- ▶ Diese Bereitschaft kann durch Aufklärung und finanzielle Anreize wirkungsvoll unterstützt werden.
- ▶ Die Patienten akzeptieren,
 - dass sie selbst einen guten Teil Verantwortung für ihre (Zahn-)Gesundheit tragen und
 - einen finanziellen Eigenanteil zu leisten haben, dessen Höhe z.B. beim Zahnersatz u. a. von der regelmäßigen Wahrnehmung der Prophylaxe abhängt.

Fazit

Den gewünschten Steuerungseffekt auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Kostenerstattung nur in Kombination mit einer prozentualen, sozial abgefeder-ten Eigenbeteiligung bringen, die nach oben begrenzt ist, je nach dem finanziellen Leistungsvermögen des Einzelnen. Wir können eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle, unabhängig vom Einkommen und Alter, nur sichern, wenn jeder Einzelne sich kostenbewusst verhält und die Solidargemeinschaft entlastet, indem er einen Kostenanteil übernimmt.

| 2.4

Kostenerstattung ist auf Dauer ohne Alternativen

Annette Widmann-Mauz, MdB

Die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten ist ein wichtiger Baustein der Union für ein zukunftsfähiges deutsches Gesundheitswesen. Zusammen mit der Stärkung der Eigenverantwortung, der Vorsorge und der Prävention sowie dem ständigen Bemühen um Effizienz und Wirtschaftlichkeit können alle Bürgerinnen und Bürger weiterhin eine gute medizinische Versorgung erhalten. Dies bedeutet auch, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz begonnene Weiterentwicklung der Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung konsequent fortzusetzen. Die Verbesserung von Transparenz, der Ausbau wettbewerblicher Strukturen und der Abbau bürokratischer Hemmnisse sind wichtige Voraussetzungen für die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten. Mit der jüngst in Kraft getretenen Gesundheitsreform wird der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent ausgebaut. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen heißt, im Bemühen um die beste und zugleich wirtschaftliche Versorgung den größten Nutzen für die Versicherten und die Patienten zu erreichen. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist mehr Transparenz über Qualität, Leistung und Preis, denn das Angebot und die Preise für die Leistungen der Krankenkassen müssen für die Versicherten erkennbar und erfahrbar werden, damit sie ihre vom Gesetzgeber geschaffenen Wahlmöglichkeiten auch adäquat nutzen können.

Die Union wird sich für einen weiteren Ausbau dieser Stärkung der Stellung der gesetzlich Versicherten einsetzen. Nach ihren Vorstellungen gehört die Kostenerstattung dazu. Sie ist eine weitere Möglichkeit, zu mehr Transparenz, Kostenbe-

wusstsein und Wahlfreiheit der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gelangen. Die Vorteile der Kostenerstattung lassen sich sowohl für das Gesundheitssystem, als auch für den einzelnen Versicherten klar aufzeigen:

- ▶ Die Kostenerstattung erhöht die Transparenz, da Patienten über ihre Rechnung die tatsächlichen Kosten ihrer Behandlung erfahren.
- ▶ Die Patienten können selbst nachvollziehen und überprüfen, ob in Rechnung gestellte Maßnahmen durchgeführt wurden.
- ▶ Der Austausch zwischen Arzt und Patient wird gefördert, da ein Gespräch über die Notwendigkeit und die Kosten der anstehenden Behandlung Voraussetzung für die Kostenerstattung sind.
- ▶ Die wirtschaftliche Leistungserbringung wird unterstützt, da gleichartige Leistungen nicht unbegrenzt in einem angemessenen Zeitraum von der Krankenkasse erstattet werden können. Gleiches gilt für das Phänomen des „Doctor-hoppings“.
- ▶ Die Kostenerstattung ist ein EU-kompatibles Prinzip.
- ▶ Die Kostenerstattung entspricht dem Leitbild des mündigen Patienten.

Als Verfahren der Rechnungsstellung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung – mit der Möglichkeit einer individuellen Forderungsabtretung an die jeweilige Krankenkasse – ist Kostenerstattung für die Union auf Dauer alternativlos.

Für die Erbringer von Leistungen eröffnet das Kostenerstattungsprinzip, wenn es nicht nur als Rechnungsstellungsverfahren angesehen, sondern auch als individuelles Vertragsprinzip eingesetzt wird, weitere Möglichkeiten, über das GKV-Spektrum und seine Begrenzungen hinaus neue privatärztliche Leistungen zu erbringen. Den Versicherten die damit verbundenen Chancen zu eröffnen, aber sie mit den Risiken auch nicht zu überfordern, kann nur bedeuten, ihnen Kostenerstattung über den Einzelfall hinaus, generell gebunden als Wahltarif anzubieten, für den sie sich auf freiwilliger Basis entscheiden können.

Das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz bietet die Grundlage, den gewollten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu forcieren und den Versicherten deutlich mehr Freiräume in der Gestaltung ihres Versicherungsschutzes zu geben. Das Instrument der Wahltarife mit den Ausgestaltungsmöglichkeiten wie Selbstbehalten, Beitragsrückerstattung oder Kostenerstattung eröffnet den Krankenkassen die große Chance, ihr Leistungsspektrum aktiver als bisher zu gestalten und sich dadurch im Wettbewerb für die Versicherten besser zu positionieren. Diese Möglichkeiten hat der Gesetzgeber auch bewusst gesetzt.

Politisch nicht intendiert waren Auslegungen, Gestaltungselemente „Wahltarife“ und „Kostenerstattung“, die nach Ansicht der Union zu einer Fehlentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung führen könnten.

Eigenwillige Interpretationen der vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeit werden derzeit u. a. von der AOK-Rheinland/Hamburg vorgenommen. Sie widersprechen dem gesetzgeberischen Willen. Dabei werden Zusatzversicherungen für Auslandsreisen, für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer Krankenhausbehandlung oder für die Mehrkosten bei Zahnersatz angeboten, die eindeutig dem Markt der privaten Krankenversicherer (PKV) zuzuordnen sind und die weit über das Angebot von GKV-Wahlтарifen hinausgehen. Bisher durften ausschließlich die privaten Krankenversicherer reine Zusatzversicherungen, die Leistungen abdecken, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, anbieten. Im Jahr 2005 hatten 11,6 Mio. GKV-Versicherte eine Zusatzversicherung bei der PKV abgeschlossen.

Erst seit dem GKV-Modernisierungsgesetz, also seit 2004, dürfen gesetzliche und private Krankenversicherung auf dem Gebiet der Zusatzversicherungen kooperieren. Der Gesetzgeber hat die gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich auf die Rolle des Vermittlers beschränkt, als Versicherer sollten ausschließlich die privaten Krankenversicherer fungieren.

Die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung, Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten, wurden im Rahmen des GKV-WSG ausgeweitet und verbessert. So kann nun eine gesetzliche Krankenkasse Wahltarife für Kostenerstattung anbieten. Kostenerstattung bezieht sich aber immer auf die Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind. Dieses trifft u. a. für Chefarztbehandlungen und Zweibett-Zimmer nicht zu. Einzige Flexibilisierung beim Angebot Wahltarif der GKV ist, dass die Krankenkasse eine Wahlfreiheit hatte, den Erstattungssatz, der bisher auf die Höhe der GKV-Leistungen begrenzt war, zu variieren. Die Höhe des Erstattungssatzes ist nicht gleichbedeutend mit einer Leistungsveränderung. Wäre die Möglichkeit wahlärztlicher Behandlung und Zweibett-Zimmer als Bestandteil des § 53 (Wahltarife) zuzulassen beabsichtigt gewesen, hätte der § 194 Abs. 1a SGB V gestrichen werden müssen. Einzig bei der Versorgung mit Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wird im Gesetz festgelegt, dass der Leistungskatalog des Sozialgesetzbuches V überschritten werden kann. Im Rahmen des Wahltarifes für Kostenerstattung wird diese Möglichkeit nicht aufgeführt.

Die Gesetzesformulierung zu Zusatzversicherungen ist nach Ansicht der Union eindeutig: „Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Gegenstand dieser Verträge können insbesondere die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung sein“ (§ 194 Abs. 1a SGB V). Diese Klarheit setzt sich in der Begründung des Absatzes fort: „Gegenstand der Kooperation sei die Vermittlung insbesondere der in Satz 2 aufgeführten Zusatzversicherungsverträge“ – also die Vermittlung von Verträgen zur Wahlarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer sowie Auslandsreisekrankenversicherung – „zwischen den Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse und den Versicherungsunternehmen. Hierdurch solle dem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen werden,

bestimmte Versicherungen, die ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzten, über ihre gesetzliche Krankenversicherung abschließen zu können. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung könnten von einer solchen Vermittlung eines Versicherungsvertrages insbesondere dann profitieren, wenn die gesetzliche Krankenversicherung für sie günstige Gruppentarife ausgehandelt habe.“

Unverständlich ist daher die Ansicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) zum Thema Kostenerstattung. Das BVA vertritt die Auffassung, dass im Rahmen von Wahlтарifen für Kostenerstattungen „Chefarztbehandlung“ und „Zwei-Bett-Zimmer“ in zugelassenen Krankenhäusern Bestandteil eines Kostenerstattungstarifes sein können, weil ärztliche Behandlung und Unterbringung Bestandteil der Krankenhausbehandlung seien und somit keine Leistungsausweitung über das SGB V hinaus erfolgen würde. Dies entspricht nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), das in § 17 Krankenhausentgeltgesetz eindeutig festgelegt, dass „...andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden dürfen.“ Allgemeine Krankenhausleistungen sind solche, die für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten, je nach Art und Schwere der Erkrankung, notwendig sind (§ 2 Abs. 2 KHEntgG).

Diese so beschriebene medizinische Versorgung entspricht sicher nicht der Chefarztbehandlung und der Zwei-Bett-Zimmer Unterbringung. Zumal für diese Leistungen Regelungen ausschließlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen treffen können (§ 17 KHEntgG). Somit hätte die Krankenhausgesetzgebung dahingehend geändert werden müssen, dass Wahlleistungen nicht ausschließlich zwischen PKV und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren sind.

Die rechtliche Auslegung des Bundesversicherungsamtes (BVA) als auch des Bundesministeriums für Gesundheit, dass Chefarztbehandlung und Zwei-Bett-Zimmer über Wahlтарifen zur Kostenerstattung der GKV angeboten werden können, ist

daher aus Sicht der Union nicht rechtskonform. Die Interpretation, es handele sich dabei nicht um eine Ausweitung des im SGB V verankerten Leistungskatalogs ist falsch und deshalb nicht akzeptabel, da diese Leistungen das zweckmäßige, ausreichende und notwendige Maß, das Grundsatz des Leistungskataloges des SGB V ist, überschreiten.

Von der FDP-Fraktion wurde im Herbst 2007 das Thema aufgegriffen. Sie hat einen Antrag „GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kosten-erstattung ersetzen“ vorgelegt. Er sieht vor, die im Rahmen des GKV-WSG geschaffene Regelung zu streichen, dass Krankenkassen in ihrer Satzung Tarife für Kostenerstattung sowohl für ihre Mitglieder als auch für deren mitversicherte Angehörige vorsehen. Sie begründet ihre Forderung damit, dass im Rahmen dieser Regelung ein Weg eröffnet wurde, Privatrechnungen über einen gesonderten Kassentarif zu refinanzieren. Darüber hinaus sieht sie eine Gefährdung insbesondere durch die Interpretation, dass diese Wahltarife auch Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag sowie Auslands-Krankenversicherungen vorsehen können. Hauptkritikpunkt der FDP-Fraktion ist, dass ein Wahltarif, an den sich Versicherte drei Jahre binden können, seitens der Krankenkasse nach Abschluss zurückgenommen werden könnte, wenn er sich nicht rechnet. Die Voraussetzung des Versicherten, sich dann gegebenenfalls über eine private Zusatzversicherung abzusichern, wird im Laufe der Zeit schlechter. Darüber hinaus gibt es gemäß § 194 Abs. 1a SGB V bereits die Möglichkeit, dass Krankenkassen in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Zusatzversicherungen vermitteln können.

Die Union hat diesem Antrag der FDP-Fraktion nicht zugestimmt. Denn eine komplette Streichung des § 53 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hätte zur Folge, dass eine Kostenerstattung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so gut wie unmöglich wäre. Der Antrag geht in die richtige Richtung, schießt aber über das Ziel hinaus. Eine komplette Streichung des § 53 Abs. 4 SGB V hätte zur Folge,

dass Kostenerstattung im Rahmen der GKV kaum noch Raum hätte.

Nach Ansicht der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ist eine Klarstellung erforderlich, dass insbesondere Chefarztbehandlung sowie Ein- und Zweibettzimmer keine Leistungen der GKV darstellen, die über Kostenerstattung refinanzierbar wäre. Denn die Kostenerstattung ist grundsätzlich immer auf die Leistungen beschränkt, die auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen.

Die Regelung des § 53 Abs. 4 SGB V ist insbesondere auf Forderung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Rahmen des GKV-WSG in die Wahltarife aufgenommen worden. Ziel war es, den Versicherten auch über höher zu erstattende Sätze die Sicherheit einzuräumen, nicht auf zu hohen Kosten bei der Wahl der Kostenerstattung sitzen zu bleiben. Für den Versicherten wird mit der dafür entsprechend zu kalkulierenden Prämie verdeutlicht, welchen Wert dieser Zusatznutzen des Wahltarifs für ihn bringt. Die Regelung beinhaltet keine Möglichkeit, über das Leistungsspektrum der GKV hinauszugehen, was mit den genannten Verträgen getan wird.

Die Möglichkeit der Knappschaft, Wahlleistungen anbieten zu können, ist eine Sonderregelung, die allein aus historischen Gründen erklärbar ist und nicht auf die gesamte GKV übertragen werden kann. Daher kann diese Sonderbestimmung nicht als Argument herangezogen werden.

Die Union hat insbesondere in der Diskussion zur Regelung des § 194 Abs. 1a SGB V immer wieder darauf hingewiesen, dass die gesetzliche Krankenversicherung mit dem Angebot von Wahlleistungen den Status Körperschaft verlieren und zu Unternehmen werden könnten. Sollte dieser Tatbestand eintreten, würden die gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft unter das Europarecht fallen.

Bei einer solchen Gesetzesauslegung handelt sich aus unserer Sicht um Wettbewerbsverzerrungen zu Gunsten der GKV. Es gibt keine steuerrechtliche, kartellrechtliche oder auch vertriebstechnische Gleichbehandlung der GKV, die über mehr als

70 Millionen Adressdateien verfügt, mit der privaten Krankenversicherung (PKV).

Eine derartige Auslegung würde dazu führen, dass die PKV insbesondere im Rahmen des Zusatzversicherungsgeschäftes in Zukunft starke Verluste hinnehmen müsste. Dieses liegt nicht im Interesse der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und würde die Geschäftsgrundlage der PKVen stark begrenzen.

Daher wird sich die CDU/CSU-Bundestagsfraktion für eine Klarstellung zu den Wahlтарifen einsetzen.

| 3

Kostenerstattung aus Sicht der Leistungserbringer

| 3.1

Kostenerstattung

Dr. med. Klaus Bittmann

Zur Kostenerstattung als Honorarabrechnungsmodalität innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist viel gesagt und viel geschrieben worden, mit den Veränderungen durch Sozialgesetze und durch die Launen sozialpolitischer Strömungen bedarf es auch immer wieder einer neuen Gewichtung und Differenzierung des Kostenerstattungsprinzips.

Im normalen Leben wird eine Leistung erbracht, und der sich an der Wertigkeit und am Markt orientierende Preis wird bezahlt. Dieses Geschehen wird innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend außer Kraft gesetzt, aus nachvollziehbaren Gründen:

Gesundheitsleistungen sollen allen gesetzlich Versicherten gleichermaßen zur Verfügung stehen, unabhängig von der Finanzkraft eines Versicherten und unabhängig von den realen Preisen. Dies geschieht durch das Sachleistungsprinzip, verteidigt durch die Ideale der Solidarität und eines fürsorglichen Sozialstaates. Die heutige Sachleistung wird finanziert aus Geldtöpfen der gesetzlichen Krankenversicherungen, die viele Löcher haben durch

- ▶ versicherungsfremde Leistungen
- ▶ sozialpolitische Geschenke, und viel schlimmer
- ▶ den Leistungsbedarf der Versicherten

und der Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung längst nicht mehr folgen können.

Die logische Konsequenz des beschriebenen Sachverhaltes ist unabhängig von allen Initiativen zur Kostendämpfung bei Sozialpolitikern und sogar im Bundesgesundheitsministerium angekommen. Frau Ministerin Schmidt wird am 13. Oktober 2007 in der Hannoverschen Neuen Presse zitiert: „Beitragssenkungen seien nicht möglich, wenn man nicht Leistungen ausschließen wolle.“ Für die ambulante ärztliche Versorgung ist

ein neuer EBM vorgesehen, der unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten einen finanziellen Mehrbedarf von ca. 18 Milliarden Euro aufdeckt (Zitat Dr. Köhler, KBV). Dies würde eine Beitragssatzerhöhung von 1,8 Prozent mit sich bringen – eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen als maßlos bezeichnete Forderung. Die Beitragssätze werden ab 2009 per Gesetz (GKV-WSG) staatlich verordnet, üppige Anhebungen sind hierdurch kaum zu erwarten.

Vorgesehen war in Entwürfen des GKV-WSG eine Erweiterung und Liberalisierung des § 13 SGB V zur Kostenerstattung, fand sich dann aber doch nicht in dem ab 1. April 2007 gültigen Gesetz wieder.

Neu aufgenommen wurde im Gesetz § 53 SGB V die Möglichkeit für die Krankenkassen, modifizierte Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten, sowohl mit Selbstbehalten als auch mit Zusatzversicherungen können sich Versicherte in einen Kostenerstattungstarif einschreiben.

Hier liegt im Moment die größte Chance, die Tür zur Kostenerstattung zu öffnen. Die Ärztenozialgesellschaft Schleswig-Holstein hat in Vorbereitung auf diese gesetzliche Möglichkeit eine entsprechende Vereinbarung mit dem BKK-Landesverband Nord geschlossen. Kern einer solchen Regelung ist die Bereitschaft beteiligter Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten moderate Honorarabrechnungen nach GOÄ zu beachten. Damit wird das Kostenrisiko des Versicherten bei diesem Wahltarif limitiert, unabhängig von Dauer und Schwere einer Erkrankung. Für die ambulante ärztliche Versorgung ist dies zwar nicht der vollständige Weg zur Behandlungsfreiheit, denn es gelten die gesetzlichen Regelungen des SGB V und die bundesmantelvertraglichen Regelungen, aber es ist ein Ausweg aus der im Sachleistungsprinzip aufgezwungenen Rationierung.

Andere Kassen wie z. B. die Techniker Krankenkasse haben andere Wahltarife entwickelt. Auch wenn diese nur mit kostenenträchtigen Zusatzversicherungen sinnvoll sind, so sollte seitens der Ärzteschaft auch hierfür geworben werden, einerseits weil die Versicherten zunehmende Einschränkungen im Sach-

leistungsprinzip erkennen und Bereitschaft zur Eigenbeteiligung besteht und andererseits, weil für die Ärzteschaft neben dem Erhalt der Therapiefreiheit jede Möglichkeit zur angemessenen Vergütung erstrebenswert ist.

Soziale Gerechtigkeit heißt nicht Einheitsversicherung und Einheitsversorgung auf einem nach unten gerichteten Niveau. Hierdurch lässt sich Mehrklassenmedizin keineswegs verhindern. Soziale Gerechtigkeit bedeutet neben der Existenzsicherung die Freiheit differenzierter Absicherungsentscheidungen in Eigenverantwortung und Subsidiarität.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, fordert die Politik seit Jahren dazu auf, den Weg zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu öffnen. Aus folgenden Gründen:

- ▶ Für den Versicherten bedeutet Kostenerstattung Transparenz, direkte und geschützte Arzt-Patienten-Beziehung, persönliche Eigenentscheidung gegen Rationierung von Gesundheitsleistungen.
- ▶ Für die Ärzteschaft ist Kostenerstattung die Erlösung von Überregulierung und ethischem Konflikt im Sachleistungsprinzip – dies gilt selbst für Honoraransprüche, die deutlich unter denen bei Privatversicherten liegen können.
- ▶ Für die Krankenkassen bietet Kostenerstattung ein attraktives Wettbewerbsangebot. Über differenzierte Tarife mit Eigenbeteiligung kann die zukünftige Versorgung auf hohem Niveau gesichert werden.
- ▶ Für die Sozialpolitik ist Kostenerstattung ein wirksames Instrument, um die Kostendynamik im Gesundheitswesen (Innovationen, Demographie) zu entschärfen: Wachsende Kosten für die Solidargemeinschaft werden zunehmend durch freiwillige Eigenbeteiligung aufgeklärter Bürger subsidiär getragen.

Wir stehen bundespolitisch in einem Entscheidungsprozess: mehr Sozialstaat bis zur Staatsmedizin oder mehr Eigenverantwortung des Bürgers – letzteres fordern wir für die Freiheit unseres Berufes und die Wertigkeit unseres Gesundheitssystems.

| 3.2

Kostenerstattung in der GKV – erprobt und zukunftssicher

Dr. med. dent. Jürgen Fedderwitz

Die sozialpolitische Diskussion der zurückliegenden Jahre hat die Reformbedürftigkeit der Sozialversicherungssysteme, insbesondere aber auch der gesetzlichen Krankenversicherung veranschaulicht. Ebenso wurde deutlich, dass bei bestenfalls stagnierenden Einnahmen der GKV die steigenden Ansprüche einer alternden Gesellschaft nicht zu unveränderten Konditionen im gleichen Maße erfüllt werden können wie bisher. Die politischen Antworten haben sich bisher im wesentlichen auf punktuelle Leistungsausgrenzungen, z. B. im Bereich der Arzneimittelversorgung, auf steigende Eigenbeteiligungen und Beitragssätze auf der Seite der Versicherten und auf Vergütungsreduzierungen, Budgetierungen und immer komplexere Überwachungsmaßnahmen auf der Seite der Zahnärzteschaft, beschränkt. Obwohl nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dem allgemeinen Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwischenzeitlich absoluter Vorrang vor allen anderen Vergütungskriterien im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zukommt und der Zahnarzt in diesem System daher Leistungen auch kostenlos erbringen muss, haben all diese Maßnahmen bisher niemals dauerhaft ein Ansteigen der Beitragssätze vermeiden können.

| **Bisherige Reformansätze**

Seit Jahren werden daher weitergehende, grundsätzliche Reformen der GKV diskutiert. Grundsätzlich wird dabei stets eine Anpassung des Leistungsniveaus an die begrenzten finanziellen Möglichkeiten der GKV unter Gewährleistung einer an-

gemessenen Vergütung für die Leistungserbringer im Einzelfall gefordert.

Diskutiert wird dabei unter anderem die Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche (z.B. des Zahnersatzes oder der zahnmedizinischen Versorgung insgesamt) aus dem Leistungskatalog der GKV, bzw. die Kombination eines Eigenanteilsystems mit einem Kostenerstattungssystem, um damit dem Versicherten die Tatsache vor Augen zu führen, dass auch Sozialleistungen für ihn nicht kostenlos und unbegrenzt erhältlich sind. Dadurch soll bei ihm zugleich ein finanzielles Eigeninteresse an der Inanspruchnahme wirtschaftlicher Versorgung gefördert werden. Einzelne solcher Maßnahmen sah bereits das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) des Jahres 1997 vor. Die Zahnersatzversorgung sollte schrittweise aus der GKV ausgegliedert werden und für diese sollte übergangsweise ein therapiebezogenes Festzuschusssystem in der Form einer reinen Kostenerstattung gelten. Ebenso wurde in § 13 Abs. 2 SGB V die bisher auf die freiwilligen Mitglieder der GKV beschränkte Möglichkeit einer generellen Wahl der Kostenerstattung auf alle GKV-Versicherten ausgeweitet. Diese Ansätze für eine grundsätzliche Neuorientierung der GKV wurden aber bereits im Jahre 1999 mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) wieder beseitigt.

Es ist bezeichnend, dass lediglich vier Jahre später genau diese Steuerungselemente mit dem GMG erneut in die GKV aufgenommen worden sind. Diese Entwicklung ist auch grundsätzlich mit dem GKV-WSG im Jahre 2007 fortgesetzt worden. Denn während ursprünglich geplant war, den Versicherten eine Wahl der Kostenerstattung auch im Einzelfall zu ermöglichen, ist es schließlich doch bei einer nur eingeschränkten Liberalisierung dahingehend verblieben, dass eine Wahl der Kostenerstattung sich auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen beziehen kann. Der Versicherte muss zuvor nicht mehr von seiner Krankenkasse beraten werden, diese aber vorab von seiner Wahl in Kenntnis setzen, und er muss nunmehr vom jeweiligen Leistungs-

erbringer darüber informiert werden, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von ihm zu tragen sind. Auch auf dieser Grundlage wird die Wahl der Kostenerstattung für den Versicherten im Einzelfall keine realistische Alternative zum Sachleistungssystem darstellen können. Die ständigen Änderungen des SGB V in diesem Bereich verdeutlichen andererseits jedoch, dass auch beim Gesetzgeber die Erkenntnis wächst, dass das bisherige sozialpolitische und auch sozialgerichtliche Axiom, wonach es sich bei dem Sachleistungsprinzip der GKV um ein „übernormatives Grundprinzip“ des Rechtes der GKV und deren beherrschendes und dominantes Strukturelement handele, um einen sozialen Schutz der bedürftigen Versicherten vor einer eventuellen finanziellen Überforderung bei der Inanspruchnahme von Krankenpflege sicherzustellen, unter dem Druck der tatsächlichen Verhältnisse nicht mehr länger aufrecht erhalten werden kann. Aus gesellschaftspolitischen, insbesondere arbeitsmarktpolitischen Gründen soll die Steuer- und Abgabenlast in Deutschland dauerhaft begrenzt bzw. sogar reduziert werden. Es wird immer deutlicher, dass bei den dann notwendigerweise auch nicht mehr steigenden Einnahmen der GKV der bisherige Anspruch, für beschränkte Beitragszahlungen unbegrenzt Leistungen aus der GKV in Anspruch nehmen zu können, nicht länger aufrecht erhalten werden kann. Es zeichnet sich daher ab, dass die GKV mittel- bis langfristig wieder auf ihre Wurzeln der Gewährleistung eines elementaren Schutzes der sozial besonders Bedürftigen reduziert werden muss, wobei heute bereits in Vergessenheit geraten ist, dass die Sachleistungen der GKV auch ursprünglich lediglich etwa 40 Prozent von deren Gesamtleistungsausgaben ausmachte. Die Ausgliederung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem Leistungsangebot der GKV wird sicherlich ein Element dieses Prozesses darstellen müssen. Angesichts der langjährigen Tradition der Sozialversicherung in Deutschland und dem daraus gewachsenen Anspruchsdenken der Bevölkerung wird dieses jedoch nicht ausreichen können, um kurzfristig eine Stabilisierung der GKV-Finanzen zu erreichen. Erforderlich ist

vielmehr die Einleitung eines langfristigen Lernprozesses dahin, dass mit der bloßen Entrichtung begrenzter Sozialversicherungsbeiträge das Schlaraffenland unbegrenzter Leistungsansprüche nicht zu erreichen ist. Denn gerade diese Ideologie hat zwar einerseits zu dem international einmalig hohen Leistungsumfang in der GKV geführt, andererseits aber auch die nunmehr nicht mehr beherrschbaren finanziellen und arbeitsmarktpolitischen Probleme in Deutschland heraufbeschworen. Erforderlich ist daher ein grundlegender Kurswechsel, der dem Einzelnen spürbar vermittelt, dass er auch in einem sozialen Sicherungssystem Eigenverantwortung zu tragen hat und sich nicht auf Kosten anderer bereichern kann.

Rechtliche Grundlagen in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Dass derartige Verfahren weder unsozial noch unpraktikabel oder gar unzumutbar sind, beweist gerade der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung seit Jahrzehnten. Seit jeher existieren in diesem Bereich Eigenbeteiligungen der Versicherten und Kostenerstattungen der GKV in unterschiedlicher Ausprägung. Zwischenzeitlich stellt in der vertragszahnärztlichen Praxis die Zahl der Behandlungsfälle, in denen der Versicherte keine für ihn scheinbar kostenlose Sachleistung, sondern lediglich eine teilweise, indirekte Kostenerstattung seiner Krankenkasse unter Tragung eines Selbstbehaltes erhält, nicht die Ausnahme sondern die Regel dar. Bei jeder zahnprothetischen Versorgung und bei jeder kieferorthopädischen Behandlung ist vom Versicherten ein finanzieller Eigenanteil zu tragen, sofern nicht ein besonderer Härtfall vorliegt. Für die Füllungstherapie ist in § 28 SGB V ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen, besondere, über den Leistungsstandard der GKV hinausgehende Leistungen zu wählen, wobei der Versicherte dann seinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV behält und lediglich die Mehrkosten selbst tragen muss. Darüber hinaus haben die Versicherten seit dem 1. Januar 2004 einmal im Quartal eine sogenannte „Praxisgebühr“ auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung als generelle Selbstbeteiligung zu entrichten und jeder

GKV-Versicherte kann gemäß § 13 Abs. 2 SGB V generell die Kostenerstattung wählen und damit in jedem Leistungsbereich unbeschränkt von den Steuerungssystemen der GKV diejenige Versorgung wählen, die er wünscht.

Gerade die Möglichkeit der sogenannten Mehrkostenvereinbarung bei der Füllungstherapie beseitigt das Phänomen, dass der Versicherte in dem Augenblick, in dem er auch nur eine zusätzliche Leistung in Anspruch nimmt, seinen Sachleistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse in vollem Umfang verliert. Obwohl diese Regelung seit langem als ungerechte Gängelung der Sozialversicherten bewertet wird, hat der Sozialgesetzgeber bisher nicht die Kraft gefunden, eine generelle Mehrkostenvereinbarung zuzulassen. Durch eine solche würde auch ebenso wenig wie durch die bisher bei zahnprothetischen und kieferorthopädischen Behandlungen vorgesehenen prozentualen Beteiligungen der Versicherten an den Behandlungskosten das sogenannte „Moral-Hazard-Problem“ beseitigt werden können. Denn in einem solchen System handelt der einzelne Versicherte für sich wirtschaftlich rational, wenn er möglichst teure und aufwendige Versorgungen in Anspruch nimmt, da er dann für seinen gleichbleibenden GKV-Beitrag die höchsten Leistungsmengen aus dem System entnimmt. Die notwendige Einbeziehung des einzelnen Versicherten in ein Steuerungssystem, das die Inanspruchnahme möglichst wirtschaftlicher Leistungen in der GKV sicherstellt, kann daher auch durch solche Verfahren nicht erreicht werden.

Vorschläge der Zahnärzteschaft

Die Zahnärzteschaft fordert demgegenüber bereits seit vielen Jahren nicht nur die Ausgliederung einzelner Leistungen und Leistungsbereiche aus der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern im Übrigen die Einführung eines befundorientierten Festzuschusssystems für die verbleibenden Versorgungsformen. In einem solchen System erhält der Versicherte keine Sachleistungen und auch keine leistungsbezogenen Kostenerstattungsleistungen seiner Krankenkasse mehr, sondern

ihm steht ein zuvor feststehender Euro-Betrag in Abhängigkeit von dem bei ihm konkret vorliegenden Befund zu. Diesen Betrag erhält der Versicherte bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen zur Versorgung dieses Befundes unabhängig davon ausbezahlt, welche konkrete Versorgungsform er wählt. Die bisherige Möglichkeit der Ausplünderung der Solidarkassen durch finanziell besonders leistungsfähige Versicherte in Folge des oben dargestellten Moral-Hazard-Verhaltens wird dadurch sicher unterbunden. Zugleich wird ein besonderes Interesse des Versicherten an der Inanspruchnahme wirtschaftlicher Versorgungsformen gefördert, da er für diese den geringsten Eigenanteil aufzuwenden hat. Da sich die Höhe der Festzuschüsse an den zu erwartenden Gesamtbehandlungsbedarf aller GKV-Versicherten einerseits und den hierfür zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen der GKV andererseits orientieren kann, wird dadurch auch eine sichere Begrenzung der Beitragssätze der GKV ermöglicht. Sozialpolitisch unerwünschte finanzielle Überforderungen können auch in einem solchen System durch besondere Härtefallbestimmungen vermieden werden.

In jedem Falle wird der Versicherte aber durch das Kostenerstattungsverfahren unmittelbar in den Zahlungsfluss eingebunden und erfährt damit in jedem Behandlungsfall, dass die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen im Einzelfall erhebliche Kosten verursachen können, die nicht nur die Solidargemeinschaft, sondern auch ihn persönlich belasten. Dadurch wird ein zusätzlicher, langfristiger Anreiz gesetzt, durch eigenes Verhalten zur Gesunderhaltung beizutragen, um damit entsprechende Kostenbelastungen in Zukunft nach Möglichkeit zu verhindern.

Gerade wegen der letztgenannten Aspekte bietet sich der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung in besonderer Weise zur Erprobung solcher Mechanismen an. Im Gegensatz zu vielen anderen Leistungsbereichen ist der Eintritt von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen nämlich weitgehend durch ein entsprechendes, präventives Verhalten des Einzelnen zu verhindern bzw. zumindest positiv zu beeinflussen. Sol-

che Erkrankungen haben auch in der Regel keine vital indizierten Behandlungen zur Folge und bei der Versorgung bestehen regelmäßig erhebliche Variationsmöglichkeiten, die es dem Versicherten ermöglichen, unterschiedlich komfortable Versorgungsformen mit zum Teil auch unterschiedlichem ästhetischen Ergebnis zu wählen. Zudem sind sowohl die Zahnärzte als auch die Versicherten in diesem Bereich seit vielen Jahren an die Handhabung einer teilweisen Kostenerstattung sowie eines Eigenanteilsystems der Versicherten gewöhnt, so dass insofern keine völlig neuen Verfahren erlernt werden müssen.

Neuregelungen durch das GMG

Der Gesetzgeber des GMG hat diese Aspekte auch insofern aufgegriffen, als er seit dem 1. Januar 2005 beim Zahnersatz in den §§ 55 ff. SGB V ein vergleichbares System befundorientierter Festzuschüsse vorsieht. Dieses bleibt in einzelnen Punkten zwar immer noch wesentlich hinter den Vorstellungen und Vorschlägen der Zahnärzteschaft zurück. Es eröffnet aber gleichwohl die Chance, die damit verbundenen Vorteile für alle Beteiligten zu nutzen. Die Versicherten können alle Versorgungsformen wählen, erhalten dafür aber jeweils immer nur einen befundbezogenen, gleichbleibenden Zuschuss der Krankenkasse. Das oben beschriebene Moral-Hazard-Verhalten wird damit ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält als zentrales Steuerungsorgan die Möglichkeit, die Festzuschüsse an den finanziellen Leistungsmöglichkeiten der GKV zu orientieren und damit zu begrenzen.

Durch die fortbestehende Verknüpfung der Höhe der Festzuschüsse mit den Vergütungen des Vertragszahnarztes kann das Festzuschusssystem des GMG aber wiederum nicht das Problem der seit Jahrzehnten sinkenden Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen beseitigen. Auch in diesem System besteht daher die permanent wachsende Gefahr fort, dass wegen der ständig sinkenden Vergütungen eine verdeckte Rationierung von Leistungen erfolgt. Denn die dauerhafte Erbrin-

gung beruflicher Leistungen ohne ein angemessenes Entgelt kann zwar sozialpolitisch gefordert, tatsächlich aber niemals durchgesetzt werden. An dieser Tatsache wird auch die inkonsequente Beibehaltung einer Abrechnung der Festzuschüsse über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und deren Einbeziehung in Überwachungs- und Kontrollmechanismen der vertragszahnärztlichen Versorgung nichts ändern können. Bezeichnender Weise ist auch die ursprünglich vorgesehene Möglichkeit des GKV-Versicherten, sich für Zahnersatzversorgung in der PKV versichern zu lassen, bereits vor ihrem Inkrafttreten wieder beseitigt worden.

Neuregelungen durch das VÄndG und das GKV-WSG

Wieder wurden zaghafte Reformansätze verfolgt, aber erneut vor einer grundsätzlichen Abkehr vom bisherigen System einer zentralen, planwirtschaftlichen Steuerung des Gesundheitswesens durch die GKV zurückgeschreckt. Dies verdeutlicht auch die im Grundsatz zu begrüßende Öffnung der Kostenerstattung für alle Versicherten in § 13 Abs. 2 SGB V. Denn diese gilt nicht unbeschränkt, sondern ist für den Versicherten auch nach den bereits angesprochenen, erneuten Modifikationen durch das GKV-WSG im Jahre 2007 mit vielfältigen Hürden umstellt worden. Insbesondere haben die Krankenkassen nach eigenem Gutdünken in der Satzung Abzüge von den Erstattungsbeträgen vorzusehen, um angebliche, zusätzliche Verwaltungsaufwendungen und negative Auswirkungen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen abzudecken. Von einer ausgewogenen Ausgestaltung der Kostenerstattung gegenüber dem Sachleistungsprinzip kann daher keine Rede sein. Im Gegenteil sind die Präferenzen der Krankenkassen und des Sozialgesetzgebers mehr als offenkundig.

Auch im Übrigen verdeutlicht die jüngere Sozialgesetzgebung, dass weiterhin keine grundsätzliche Richtungsänderung abzusehen ist. Zwar werden in kurzer Abfolge „Jahrhundertreformen“ verabschiedet, denen aber keine klare Zielsetzung zu entnehmen ist. So beinhaltet z.B. das Vertrags-

arztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) deutliche Liberalisierungen im Zulassungsrecht, so insbesondere die Ermöglichung KZV-bezirksübergreifender Kooperationsformen. Deren sinnvolle Praktizierung wird jedoch von vornherein dadurch konterkariert, dass es bei den landesbezogenen Budgetierungen und weiteren Restriktionen, wie z.B. dem degressiven Punktwert für vertragszahnärztliche Leistungen verbleibt. Mit dem sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden zwar einerseits tatsächlich im weiteren Ausmaße als bisher wettbewerbliche Elemente in die GKV eingeführt, so insbesondere die Möglichkeit der Krankenkassen, die Versorgung durch Verträge außerhalb der Gesamtverträge zu regeln. Andererseits hängen die Krankenkassen aber weiterhin am finanziellen Tropf öffentlicher Gelder, die ihnen zukünftig sogar nicht auf der Grundlage eigener Beitragsfestsetzungen, sondern zwangsweise durch einen Gesundheitsfonds zugewiesen werden sollen. Dabei soll der Beitragssatz zukünftig einheitlich für die gesamte GKV staatlich festgesetzt werden. Der einzelnen Krankenkasse bleibt als Wettbewerbsinstrument lediglich noch die Vermeidung eines Zusatzbeitrages, was notwendigerweise einen Wettbewerb um günstige Risiken ebenso provozieren muss, wie es die finanziellen Spielräume für innovative Leistungsangebote verhindert. Die Zielsetzungen und Regelungsinhalte solcher Normsammlungen sind daher mindestens ebenso widersprüchlich wie die Zielsetzungen und politischen Grundüberzeugungen innerhalb der großen Koalition. Daher wartet die deutsche Sozialversicherung weiterhin auf grundlegende Reformen, die sie auf die Herausforderungen der Zukunft vorbereitet.

Nach dem bekannten Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“ wird daher weiterhin über grundlegende Reformmaßnahmen im Bereich der GKV diskutiert werden, wobei die Einführung einer teilweisen oder allumfassenden Kostenersatzung nur ein mögliches Regelungsinstrument darstellt. Im Gegensatz zu manchen anderen sogenannten „Leistungserbringern“ innerhalb der GKV ist die Zahnärzteschaft bereit, derartige Reformmaßnahmen mitzutragen und aktiv mitzu-

gestalten. Sie hat erkannt, dass das bisherige Sachleistungssystem für den Versicherten zwar komfortabel ausgestaltet ist, dieses aber angesichts der veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht mehr dauerhaft finanziert werden kann und trotz immer zeit- und kostenaufwendigerer Prüfungs- und Steuerungsverfahren der GKV auf Dauer zu einer tatsächlich ungesteuerten Leistungsrationierung führen muss.

Fazit

Wie die anderen Sozialversicherungssysteme wird sich auch die GKV nicht länger den veränderten demographischen und wirtschaftlichen Verhältnissen in der Bundesrepublik entziehen können. Das überkommene Sachleistungssystem hat dabei bereits seit langem die Grenzen seiner Steuerungs- und Finanzierungsmöglichkeiten überschritten. Trotzdem wird dem Versicherten dadurch weiterhin die Illusion vermittelt, er könne für begrenzte Sozialversicherungsbeiträge unbegrenzt Leistungen in Anspruch nehmen. Soll nicht ein totaler Zusammenbruch der GKV-Finanzierung in Kauf genommen werden, muss diese gefährliche Illusion unbedingt beseitigt werden. An die Stelle des bisherigen, umfassenden Sachleistungssystems kann und muss gerade im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine gezielte Konzentration der beschränkten finanziellen Ressourcen der GKV auf wirtschaftliche Leistungen erfolgen. Zudem muss das eigene Interesse des Versicherten an der Inanspruchnahme solcher Versorgungsmöglichkeiten einerseits und an der Vermeidung einer Behandlungsnotwendigkeit durch ein entsprechendes Verhalten andererseits auch wirtschaftlich gefördert werden. Dies kann aus Sicht der Zahnärzteschaft nur durch die Einführung eines generellen Kostenerstattungsverfahrens, möglichst durch Verbindung mit einem System befundorientierter Festzuschüsse erfolgen. In diesem Zusammenhang stellt sich dann allerdings auch die Frage, inwieweit ein entwickelter Industriestaat wie die Bundesrepublik noch auf spezielle Sozialversicherungssysteme in diesem Bereich angewiesen ist, und ob nicht anstel-

le dessen zumindest eine teilweise privatrechtliche Absicherung solcher Lebensrisiken durch den Einzelnen möglich und auch sozialrechtlich tragbar, gegebenenfalls sogar wünschenswert ist.

| 3.3

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Für und Wider

Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

| **Kostenerstattung als mögliche Steuerungsoption im Gesundheitssystem**

Bei Diskussionen zur Bewertung des Gesundheitswesens und seiner Leistungen stehen heute vielfach ökonomische Gesichtspunkte – und hier insbesondere Kosten- bzw. Kosten-Nutzen-Aspekte – im Vordergrund. Sind die Kosten für das Gesundheitssystem nicht insgesamt zu hoch? Müssen zur Kostensenkung nicht mehr marktwirtschaftliche Elemente und mehr Wettbewerb in das Gesundheitssystem eingeführt werden?

Es ist davon auszugehen, dass finanzielle Eigenbeteiligungen den sorgsamsten Umgang mit solidarisch aufgebrachtten Beitragsmitteln fördern. Eine solche finanzielle Eigenbeteiligung erfordert allerdings eine Kenntnis der Kosten von medizinischen Maßnahmen. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden nach dem leistungsrechtlichen Grundprinzip Sachleistungen gewährt, während im Bereich der privaten Krankenversicherung das Kostenerstattungsverfahren gilt. Mit dem Sachleistungsprinzip werden unter dem Schlagwort einer „Nullkosten-Mentalität“ fehlende Kostentransparenz und mangelnde Steuerungsfähigkeit im Leistungsgeschehen der Patient-Arzt-Beziehung – und damit wirtschaftliche Ineffizienz – verbunden. Demgegenüber könne durch eine detaillierte Rechnungslegung und eine Kostenerstattung die Transparenz von Kosten und Leistungen für alle Beteiligten erhöht, das „Kostenbewusstsein“ der Versicherten geschärft und – anders als bei einer bloßen „Patientenquittung“ – die Eigenverantwortung gestärkt werden. Selbstbehalte und prozentuale Selbst-

beteiligungen werden einerseits als probate Mittel angesehen, auf individueller Ebene einen Anreiz zur Kostensenkung zu setzen und somit eine überhöhte Nachfrage, also als unnötig oder überflüssig erachtete Ausgaben, zu vermeiden. Andererseits wird mit Selbstbehalten die Hoffnung verbunden, dass dem unter Budgetzwängen leidenden GKV-System hierdurch zusätzliche finanzielle Ressourcen erschlossen und damit Leistungsausgrenzungen vermieden werden können.

Diese Steuerungsoptionen sind in der Regel mit dem Element der Kostenerstattung verbunden und bedingen eine Promovierung des Kostenerstattungsprinzips; gleichwohl ist eine Kostenerstattung auch im Rahmen einer Vollversicherung ohne Einführung einer Selbstbeteiligung – wie z.B. bei Vollkostentarifen der PKV ohne Kostenbeteiligung – realisierbar.

Neuerungen durch das GKV-WSG

Durch das GKV-WSG werden die bisherigen Regelungen zur Kostenerstattung flexibler gestaltet. Von Bedeutung sind hier insbesondere die §§ 13 und 53 SGB V.

Nach § 13 SGB V kann der Versicherte seine Wahl der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche beschränken; bisher war es nur möglich, die Kostenerstattung für alle Behandlungen zu wählen oder alternativ auf den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Künftig können Versicherte auch für einzelne Bereiche, so die ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Hilfsmittel), eine Kostenerstattung wählen. Die Mindestbindungsfrist beträgt ein Jahr. Die Versicherten haben ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen im Kostenerstattungssystem zu informieren. Die bisher vorgesehene Beratungspflicht der Krankenkassen entfällt und wird inhaltlich auf die Leistungserbringer, insbesondere auf die Ärzte, verlagert. Der Arzt hat die Versicherten vor der Behandlung darüber zu informieren, dass zusätzliche Kosten im Vergleich zum Sachleistungssystem vom Versicherten zu tragen sind.

Diese Beratung muss gegenüber dem Arzt schriftlich bestätigt werden (§ 13 Abs. 2). Diese Verlagerung der Beratungspflicht ist insofern problematisch, als bei den Leistungserbringern eine umfassende Kenntnis der unterschiedlichen Versicherungs- und Erstattungsbedingungen der Krankenkassen vorausgesetzt wird.

Hinsichtlich der Stellung von § 13 in der Systematik des SGB V ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen zur Kostenerstattung unmittelbar auf das in § 12 festgelegte Wirtschaftlichkeitsgebot folgen, nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Bestimmungen zur Kostenerstattung stehen also gewissermaßen unter der „Kuratel“ des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Nach § 53 SGB V können Krankenkassen – u. a. für besondere Versorgungsformen – Tarife für Kostenerstattung anbieten. Dabei kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. Die o.g. Regelungen des § 13 (Informationspflicht, schriftliche Dokumentation) gelten im Falle des Wahltarifs Kostenerstattung nicht.

Die Abrechnung und Erstattung von Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden; beispielsweise wäre es prinzipiell möglich, den Versicherten den 2,3-fachen Satz nach GOÄ zu erstatten. Die Mehrkosten gegenüber Sachleistungen muss die Kasse durch Zusatzbeiträge beim Versicherten einfordern.

Gemäß § 85 Abs. 2 Satz 8 sind die Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, auf die Gesamtvergütung anzurechnen. Das Anrechnungsverfahren soll in Gesamtverträgen geregelt werden.

Ausgestaltung einer Kostenerstattung

Nach der Wahl des Kostenerstattungsprinzips wird der GKV-Patient wie ein Privatpatient die vom Arzt ausgestellte Rechnung zunächst selbst begleichen und sich danach den Rechnungsbetrag von seiner Krankenkasse erstatten lassen. Aufgrund dieser Erfordernisse wird gegen das Kostenerstattungsverfahren eingewandt, lediglich mit dem Sachleistungssystem der GKV vertraute Patienten seien mit der Rechnungsprüfung und -abwicklung überfordert; zu deren Unterstützung müssten die Krankenkassen einen aufwändigen Beratungs- und Prüfservice einrichten. Außerdem wird moniert, dass Patienten nach der Kenntnis der Kosten ärztlicher Leistungen um deren Preis feilschen und sogar auf Dumping-Angebote im Internet spekulieren könnten. Für den Vertragsarzt bestünde ein erhöhter Verwaltungsaufwand für die Rechnungslegung und zudem ein Inkassorisiko mit möglichen Mahnverfahren, falls ein Patient die gestellte Rechnung nicht begleichen sollte. Zudem könne das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt durch ein privatrechtliches Vertragsverhältnis beschädigt werden, wenn ökonomische Gesichtspunkte und Kostenaspekte bei der Behandlung berücksichtigt werden müssten.

Zwar mögen diese Befürchtungen zum Teil berechtigt sein, doch ist dem entgegenzuhalten, dass das Kostenerstattungsprinzip bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen weitgehend reibungslos funktioniert, wenn man von dem insgesamt geringen, in Einzelfällen aber durchaus relevanten Risiko insolventer Patienten absieht. Dumping-Angebote werden durch die Bindung der Abrechnung ärztlicher Leistungen über die GOÄ verhindert. Für den einzelnen Patienten böte eine Kostenerstattung darüber hinaus den Vorteil, dass zusätzliche medizinische Leistungen unabhängig von GKV-Beschränkungen gewählt werden könnten. Überdies könnte für den Kostenerstattungsbereich eine Zusatzversicherung zur Risikoabdeckung abgeschlossen werden. Allerdings ist die Kostenerstattung aus Patientensicht im SGB V ungünstig ausgestaltet, weil die Krankenkasse den Erstattungsbetrag auf den

einfachen GOÄ-Satz reduzieren und überdies Abzüge für Verwaltungsaufwendungen vornehmen kann.

Diese Befürchtungen zu Kostenerstattungsregelungen werden auch durch eine Untersuchung zu einer Erprobungsregelung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 relativiert, an der Mitte der 1990er Jahre ca. 35.000 Versicherte der Angestellten-Ersatzkassen teilnahmen. Eine repräsentative Befragung ergab für knapp 1.400 Teilnehmer, dass sich durch die Kostenerstattung Transparenz und Kontrolle der Abrechnung verbesserten und sich ca. 93 Prozent für eine Fortführung der Kostenerstattungsregelung und nur ca. 7 Prozent dagegen entscheiden würden. Etwa ein Viertel der Befragten gab an, das eigene Verhalten wegen der Kostenerstattungsregelung geändert zu haben; wiederum drei Viertel davon führten dies auf intensivere Diskussionen mit ihrem Arzt über die Notwendigkeit einer Untersuchung oder Behandlung zurück. Als Grund für ein durch die Kostenerstattung geändertes Verhalten wurden insbesondere eine bessere Information durch den Arzt und die Kenntnis der Behandlungskosten, in geringerem Umfang auch die Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten genannt (König et al., Gesundheitswesen 1999; 61:13-19). – Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen nahe, dass Diskussionen um Kostenerstattungsregelungen nicht zwangsläufig zu einer Belastung der Patient-Arzt-Beziehung führen müssen.

Kostenerstattung als Reformansatz

Es erscheint zweifelhaft, ob für die gesamte Regelversorgung in der GKV übergreifend das Sachleistungsprinzip durch eine Kostenerstattung abgelöst werden kann oder sollte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass schon aus Gründen der Kostenhöhe die Kostenerstattung in der GKV stationäre Behandlungen ausschließen wird. Auch ist die Annahme unrealistisch, dass beispielsweise einkommensschwache Patienten hohe finanzielle Vorleistungen im Rahmen einer nachfolgenden Kostenerstattung medizinischer Leistungen erbringen könnten. Generell stellt sich die Frage, ob nicht für Kosten-

erstattungsregelungen im GKV-Bereich Kostenobergrenzen oder Ausnahme- bzw. Härtefallregelungen vorzusehen wären. Überdies sollten insbesondere medizinische Leistungen zur Akutversorgung nicht möglichen Zugangshürden – wie sie grundsätzlich beim Kostenerstattungsprinzip denkbar wären – unterliegen. Diese Limitationen dürften den Anwendungsbe-
reich der Kostenerstattung bei medizinischen Leistungen im GKV-Bereich begrenzen und auf Ausnahmeregelungen ein-
schränken.

Die Kostenerstattung wird sich also wohl auf eine Teilmen-
ge ambulanter Leistungen sowie auf bestimmte Patientengrup-
pen begrenzen – wie dies über das Konzept der Wahltarife im GKV-WSG offenbar auch intendiert ist. Denkbar wäre, eine Kostenerstattung in erster Linie für elektive Leistungen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen bei informierten Pa-
tienten vorzusehen, bei denen ein direkter Bezug zwischen Leistung und deren Kosten im Rahmen einer Zuzahlung, ei-
nes Selbstbehalts oder einer Selbstbeteiligung ersichtlich ist. Wichtig wäre dabei eine ausreichende Benutzerfreundlichkeit der Kostenerstattung, d.h. eine einfache, unbürokratische und überschaubare Handhabung. Derzeit existiert zur Kostener-
stattung eine Vielzahl von Regelungen, denen es an Übersicht-
lichkeit mangelt. Falls für Leistungen mit Kostenerstattung von Seiten des Patienten keine Zusatzversicherung abgeschlos-
sen werden kann, wäre eine Überforderungsregelung zur Ver-
meidung einer finanziellen Überbeanspruchung unter Be-
rücksichtigung des Haushaltseinkommens zu erwägen – wie z.B. in § 62 SGB V in Bestimmungen für strukturierte Behand-
lungsprogramme geregelt. Gleichmaßen sollten ggf. Rege-
lungen zur Finanzierungssicherheit für die Leistungserbringer getroffen werden. Schließlich sollte die vermutete Steuerungs-
funktion des Kostenerstattungsprinzips für die Inanspruch-

nahme von Leistungen und deren medizinische und ökonomische Folgewirkungen unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems in einer Erprobungsphase wissenschaftlich untersucht werden.

Fazit

Aus den GKV-WSG-Regelungen zur Kostenerstattung wird ersichtlich, dass diese vom Gesetzgeber mehr als bisher gefördert werden soll. Mit der Option zur Kostenerstattung wird in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zwar ein „freiheitliches“ Element eingefügt. Allerdings stellt sich die Frage nach dessen Wert, wenn gleichzeitig durch andere Bestimmungen einer Entdifferenzierung und Vereinheitlichung der Krankenversicherungssysteme der Weg gebahnt und die „Konsumenten-souveränität“ der Patienten durch staatliche Vorgaben in nennenswerter Weise eingeschränkt wird.

Durch die Möglichkeit, Kostenerstattungs-Wahltarife und differenzierte Prämienzahlungen zwischen GKV-Krankenkasse und Versicherten zu vereinbaren, besteht auch für GKV-Versicherte die Option einer privatärztlichen Behandlung, wodurch grundsätzlich positive Effekte auf die GOÄ-Vergütungshöhe denkbar sind. Die mit der Kostenerstattung nach § 13 SGB V verbundene Überwälzung der Informationspflicht auf die Leistungserbringer und die notwendige Dokumentation der Wahlentscheidung ist allerdings mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand verbunden.

Trotz der Öffnung im GKV-WSG wird der Kostenerstattungstarif vermutlich nicht wesentlich häufiger in Anspruch genommen werden, da Versicherte aller Voraussicht nach mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung zu rechnen haben. Höhere Belastungen im Kostenerstattungs-Wahltarif können zwar durch einen Zusatztarif bei einer gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert werden, doch müssen hierfür zusätzliche Beitragsmittel aufgebracht werden. Es bleibt abzuwarten, ob durch eine solche Zusatzversicherung höhere Eigenaufwendungen vollständig kompensiert werden könnten.

Problematisch erscheint schließlich aus ordnungspolitischer Sicht, dass durch den Wahltarif für eine Kostenerstattung in der GKV die Unterschiede zur PKV verwischt werden und eine weitere Angleichung der Versicherungssysteme gefördert wird.

| 3.4

Kostenerstattung im Gesundheitswesen aus Apothekensicht

Thomas Preis

Die Diskussion über die Vor- und Nachteile der Kostenerstattung gegenüber dem Sachleistungsprinzip und die Einführung der Kostenerstattung im GKV-Bereich wird häufig durch ideologische Grundsatzpositionen bestimmt, prallen in dieser Frage doch elementar unterschiedliche Auffassungen über die Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens aufeinander. Das Kostenerstattungsprinzip wird von den Befürwortern einer verstärkten individuellen (finanziell spürbaren) Verantwortung im Gesundheits- und Sozialsystem vorangetrieben, während die Verteidiger des klassischen Solidarsystems für das Sachleistungsprinzip eintreten. Durch die starke ideologische Prägung der Diskussion wird die Möglichkeit einer neutralen Bewertung oftmals verstellt.

Kostenerstattung bedeutet die vollständige oder teilweise Erstattung der von dem Versicherten zunächst selbst bezahlten Leistungen durch die jeweilige Krankenversicherung gegen Vorlage der Rechnung. Der Krankenversicherte rechnet zunächst mit dem Leistungserbringer auf Grundlage der gültigen gesetzlichen und vertraglichen Abrechnungsgrundlagen – Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) – ab und erhält die Kosten auf Antrag ganz oder teilweise erstattet. Daher wird in vielen Diskussionen die Kostenerstattung als markantes Zeichen von Patientensouveränität und Selbstverantwortung genannt. Dies ist durchaus nachvollziehbar, denn im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip der GKV hat der Versicherte beim Kostenerstattungsprinzip eine konkrete Rechnung vorliegen, muss sie zunächst selbst bezahlen und erhält so ein „Gespür“ für die Kosten bzw. den Wert der in Anspruch genommenen Leistungen. Eine Rechnung, die bezahlt werden muss, setzt sozusagen

gen die Reflexe des Verbrauchers im Patienten frei. Er prüft im Idealfall die in Rechnung gestellten Leistungen kritisch, reklamiert eventuell vorhandene Unstimmigkeiten und zahlt erst bei korrekt erbrachter Leistung und Rechnungsstellung. Mit dieser Kontrolle durch den Versicherten und ein dadurch entstehendes größeres Kostenbewusstsein des Versicherten, kann das Prinzip der Kostenerstattung dazu beitragen, Ausgaben im Gesundheitswesen zu reduzieren und Leistungen zu optimieren. So zumindest die Theorie. Ob der – unter Umständen unter starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidende – Patient, der zudem als medizinischer Laie im Allgemeinen nur eine geringe „Fachkompetenz“ besitzt, wirklich in der Lage und willens ist, Rechnungen von Leistungserbringern einer sachgerechten Prüfung zu unterziehen, ist zumindest zweifelhaft.

Das in der GKV geltende so genannte Sachleistungsprinzip hingegen leidet darunter, dass normalerweise beim Versicherten kein Kostenbewusstsein entsteht. Der Patient erhält umfangreiche Leistungen ohne einen Einblick in die Kosten zu haben, da er selbst finanziell nicht in Vorleistung geht. Den Verfechtern einer Kostenerstattung ist dies das wichtigste Argument für die Einführung der Kostenerstattung auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Geht man doch von der Annahme aus, dass mit dem Wissen um die Kosten die Sparsamkeit einsetzt.

Im Arzneimittelbereich ist es seit längerem erklärte Absicht des Gesetzgebers, über ein erhöhtes Kostenbewusstsein der Versicherten die Ausgaben der GKV zu verringern. Schon seit langem sind Zuzahlungen als ein Element der Eigenbeteiligung der Versicherten an den Arzneimittelausgaben eingeführt worden. Löst der Versicherte in der Apotheke ein GKV-Rezept ein, muss er in den meisten Fällen einen Teil des Arzneimittelpreises in Form einer Zuzahlung selbst begleichen. Die Krankenkassen erstatten der Apotheke nur den restlichen des der Apotheke zustehenden Betrages. Die genauen Zuzahlungsregelungen unterliegen einem häufigen Wechsel in der Ausgestaltung durch den Gesetzgeber. Zuzahlun-

gen sind vom Grundsatz her ökonomisch sinnvoll, da sie den Patienten an den Kosten der Arzneimittel beteiligen, zu einem kostenbewussten Verhalten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen anhalten und zur Finanzierung des Gesundheitswesens beitragen. Die Höhe und detaillierte Ausgestaltung der Zuzahlungen unterliegen dabei immer Überlegungen zu ihrer Sozialverträglichkeit.

Aufgrund der zunehmenden Schwierigkeiten, die Finanzierung des GKV-Systems auch zukünftig zu sichern, ist es naheliegend, andere Methoden zur Erhöhung des Kostenbewusstseins der Versicherten wie die Kostenerstattung in der GKV einzuführen. Das Kostenerstattungsprinzip fand bisher primär nur in der privaten Krankenversicherung Anwendung. In der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen gab es die Option auf Kostenerstattung statt Sachleistung bislang nur für den Kreis der freiwillig in der GKV Versicherten. Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wurde die Wahlmöglichkeit auf Kostenerstattung ab 1. Januar 2004 auf den Kreis aller GKV-Versicherten ausgedehnt. Dies war schon einmal zwischen 1997 und 1999 der Fall und wurde damals als Möglichkeit und Chance gesehen, Versicherte vom Ausstieg aus der GKV abzuhalten und zur Übernahme von mehr Eigenverantwortung zu bewegen.

Die mit dem GMG eingeführte Wahlmöglichkeit war allerdings insoweit eingeschränkt, als nur die Möglichkeit bestand, Kostenerstattung entweder für alle Behandlungen zu wählen oder alternativ nur auf den Bereich der ambulanten Behandlung zu erstrecken. Das am 1. April 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – WSG) hat die Wahlmöglichkeiten der gesetzlich Versicherten erheblich ausgeweitet. Nun können gesetzlich Versicherte auch nur für ambulante ärztliche oder zahnärztliche Behandlung, für die stationäre Versorgung oder für veranlasste Leistungen (Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel usw.; nicht aber einzelne Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel) Kostenerstattung wählen. Sie können damit frei, individuell und flexibel entscheiden, ob und wann sie vom grundsätzlichen

Sachleistungsprinzip des § 2 Abs. 2 SGB V abweichen und die jeweilige Leistung über Kostenerstattung abrechnen. Wie bisher bleiben sie an diese Wahl ein Jahr gebunden. Die Versicherten haben ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über das beabsichtigte Kostenerstattungsverfahren lediglich zu informieren. Dies soll die Beeinflussung der Wahlentscheidung durch Dritte von vornherein möglichst vermeiden. Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor der Behandlung darüber zu beraten, dass Mehrkosten für Leistungen, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallen, selbst zu tragen sind. Dadurch soll der Patientenschutz gesichert werden.

Entscheidend für die Wahl des Versicherten für Kostenerstattung mit eventueller Zusatzversicherung dürfte die Überlegung sein, ob ihm die GKV noch eine seinen Vorstellungen entsprechende Behandlung gewährleisten kann. Bei seinen Überlegungen wird er folgende Punkte berücksichtigen:

- ▶ Entsprechen die Standardleistungen der GKV aktuell meinen Vorstellungen von Gesundheitsversorgung?
- ▶ Wird trotz weiterer zu erwartender Einschränkungen der Leistungspflicht der GKV in Zukunft mein gewünschtes Leistungsniveau erhalten bleiben?
- ▶ Wird durch weitere Maßnahmen meine Wahlfreiheit bzgl. der Leistungserbringer (Hausarztmodell) weiter eingeschränkt?
- ▶ Erreiche ich beim Leistungserbringer dadurch, dass ich als „Privatpatient“ behandelt werde, eine von den Vorschriften der GKV unabhängige und vermeintliche bessere Behandlung, Therapie- oder Arzneimittelverordnung?
- ▶ Wie attraktiv sind die Zusatzversicherungsmodelle der Krankenkassen?
- ▶ Kann ich mir Kostenerstattung finanziell leisten?

Es stellt sich nun die Frage, ob in der GKV das Sachleistungsprinzip nicht mehr optional, sondern vollständig durch die Kostenerstattung ersetzt werden sollte. Da unser Gesundheitssystem „bezahlbar“ bleiben muss, ist abzuwägen, ob

der oben beschriebene mögliche Einspareffekt durch mehr Kostentransparenz nicht durch zusätzliche Verwaltungskosten der GKV übertroffen würde. Auch ist zu bedenken, ob der wünschenswerte Effekt der Patientensouveränität nicht von sozialen Ungerechtigkeiten begleitet wird. Denn bei aller Notwendigkeit zu Kosteneinsparungen im GKV-System sollte der Gedanke der sozialen Ausgewogenheit nicht verloren gehen.

Das Kostenerstattungsprinzip bringt zwangsläufig höhere Verwaltungskosten mit sich als das Sachleistungsprinzip. So liegen auch die Verwaltungskosten der privaten Krankenversicherung über denen der GKV. Der beim Sachleistungsprinzip anfallende Abrechnungsaufwand der Leistungserbringer würde bei einem Systemwechsel auf die Kassen verlagert werden. Um dem gestiegenen Verwaltungsaufwand in gewisser Weise entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber mit dem GWK-WSG die bisher bestehende Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, die Versicherten vor ihrer Entscheidung, anstelle der Sach- und Dienstleistungen die Kostenerstattung zu wählen, zu beraten, aufgehoben. Damit wird der mit der Beratung verbundene erhebliche Verwaltungsaufwand der Kassen reduziert. Die entsprechenden Informationen bleiben nunmehr den allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflichten der gesetzlichen Krankenkassen nach den §§ 13 bis 15 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch vorbehalten.

Nicht ohne Grund haben sich auch die privaten Krankenkassen in einigen Bereichen, wie zum Beispiel der Krankenhausabrechnung, von der Kostenerstattung in klassischer Ausprägung verabschiedet. Die PKV hat wohl erkannt, dass der Privatpatient zwar bei der Behandlung und Therapie „First-Class“ Patient ist, bei der Bezahlung aber schlechter als ein GKV-Versicherter gestellt wird. Denn während der GKV-Versicherte nur eine geringe Zuzahlung, unabhängig von den Kosten der Behandlung oder gar nichts zahlt, muss der PKV-Versicherte zunächst selbst in finanzielle Vorlage gehen. Erst mit zeitlicher Verzögerung erhält er dann sein Geld von der Versicherung zurück. Dazu ist jedoch auch mancher PKV-Versicherte oftmals gar nicht in der Lage – sei es auf Grund der eigenen

finanziellen Möglichkeiten oder einer sehr aufwendigen und kostenträchtigen Behandlung, die Kosten in einer Höhe verursacht, die verständlicherweise nicht immer und sofort bezahlt werden können. Mit solchen Sachverhalten werden auch immer wieder Apotheken bei der Abgabe hochpreisiger Arzneimittel an PKV-Versicherte konfrontiert. Daher hat auch der Apothekerverband Nordrhein schon vor Jahren in Verhandlungen mit Vertretern aus dem Bereich der PKV Lösungen für dieses Problem gesucht.

Ein wesentlicher Faktor, der bei der generellen Einführung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV zu beachten wäre, sind die möglichen Auswirkungen auf die Therapietreue der Patienten. Die Neuregelungen im GMG bezüglich der nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel (NON-RX-Arzneimittel) seit dem Jahr 2004 zeigen sehr eindringlich, wie massiv sich das Patientenverhalten aufgrund finanzieller Aspekte verändert. Obwohl nach dem Ausschluss von NON-RX-Arzneimitteln aus dem Leistungskatalog der GKV das sogenannte Grüne Rezept aktuell neben dem rosa GKV-Rezept, Muster 16, bei vielen niedergelassenen Ärzten zum Verordnungsstandard gehört, werden allein im Verbandsgebiet des Apothekerverbandes Nordrhein e.V. immerhin jährlich etwa 5 Millionen Grüne Rezepte für GKV-Versicherte ausgestellt. Trotzdem erreichen die so verordneten Arzneimittel, die dann in der Apotheke abgegeben werden, bis heute nicht die Anzahl der in den Jahren vor dem GMG zu Lasten der GKV abgegebenen Arzneimittel. Dafür lassen sich mehrere Gründe aufführen: Oft werden diese Arzneimittel durch den Arzt nicht mehr verordnet, weil er die Zusatzkosten dem Patienten nicht zumuten möchte. Der Patient wiederum löst die dennoch erfolgten Verordnungen nicht ein, weil er selbst die Kosten nicht aufbringen will oder kann. Auch wenn die beschriebenen Änderungen der Verordnungsfähigkeit von NON-RX-Arzneimitteln zu einer finanziellen Entlastung der GKV führen sollte, besteht die Gefahr, dass mittelfristig, aufgrund von nicht erfolgten Therapien und somit Erkrankungsverschlimmerung, höhere Kosten für die GKV entstehen. Es kann gesundheitspo-

litisch nicht wünschenswert sein, dass die Nachfrage von Patienten, gerade einkommensschwacher Gruppen, nach Gesundheitsleistungen wie Arzneimitteln in einem Maße beeinflusst wird, dass auf den Erwerb benötigter Medikamente und Leistungen verzichtet wird.

Eine ähnliche Entwicklung wäre bei dem generellen Wechsel vom Sachleistungsprinzip zum Kostenerstattungsprinzip zu befürchten. Auch wenn der Versicherte die Beträge nur vorstrecken müsste, wäre mit deutlich häufigeren Compliance-Verweigerungen aus finanziellen Gründen zu rechnen. Es besteht die Gefahr einer Überforderung gerade sozial schwacher Patienten. Um dies zu verhindern, müssten Lösungen wie die Möglichkeit, dass der Erstattungsanspruch an die Krankenkasse abgetreten wird und der Patient selbst nur den Selbstbehalt direkt beim Leistungserbringer bezahlt, entwickelt werden, damit der Versicherte nicht mit zu hohen Beträgen in Vorlage treten muss.

Fazit

Eine Änderung vom Sachleistungsprinzip zum Kostenerstattungssystem muss immer zum einen von der Seite der Wirtschaftlichkeit und zum anderen unter dem Aspekt der Sozialverträglichkeit betrachtet werden. Insbesondere dem Aspekt der sozialen Ausgewogenheit muss dabei Rechnung getragen werden. Schon die Änderungen im Leistungskatalog der GKV im Jahre 2004 zeigen, dass ein nicht gut vorbereiteter Übergang zu sozialen Härten führt, die dem Gedanken der Solidarität in der deutschen Sozialversicherung widersprechen und die durch geeignete Maßnahmen verhindert werden müssten. Zudem bedarf es vor der Einführung des generellen Kostenerstattungsprinzips in der GKV einer genauen Kalkulation der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen. Nur ein dauerhaft zu einer finanziellen Entlastung der GKV führendes, sozial ausgewogenes System der Kostenerstattung würde eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip der GKV rechtfertigen.

Kostenerstattung – Alternative zur Rationierung

Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg

Die intensive Diskussion um eine zukunftsorientierte Reform des Gesundheitssystems bringt immer wieder Vorschläge in die Öffentlichkeit, die entweder auf theoretischen Ansätzen beruhen oder mehr oder minder unverhohlen vor allem Besitzstandswahrung im Blick haben. Wenig hilfreich ist es dabei, wenn die Protagonisten derartiger Papiere, seien es nun der Arbeitgeberverband oder der Deutsche Gewerkschaftsbund, seien es Gesundheitsökonominnen oder Medizinthoretiker, in der Regel über keinerlei konkrete Erfahrung in der medizinischen Versorgungsrealität verfügen. Zweifellos ist es eine prioritäre Aufgabe der Gesetzgebung, ein sozial ausgewogenes Gesundheitssystem zu entwickeln, das geeignet sein muss, den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden. Dieses allerdings ausschließlich an ökonomischen Rahmenbedingungen zu orientieren, vernachlässigt gröblich die existentiellen Bedürfnisse der Betroffenen. Dies sind primär die Patienten und erst in zweiter Linie Versicherte und Leistungserbringer. Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) nimmt als Dachorganisation von mehr als 100.000 Fachärzten in Klinik und Praxis für sich die Legitimation in Anspruch, aus der täglichen Praxis heraus in Kenntnis der Versorgungsrealität Vorschläge zur patientengerechten Weiterentwicklung des Systems auszuarbeiten. Dazu gehört auch eine Diskussion darüber, ob eine direkte Vertragsbeziehung zwischen Patient und Arzt anstelle der bisherigen Systematik des intransparenten Dreiecks Kasse-KV-Arzt Vorteile eröffnen kann. Das Schlagwort Kostenerstattung ist in diesem Zusammenhang eher als Instrument zu sehen und weniger als Allheilmittel.

Ist-Zustand

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich historisch in drei Versorgungsebenen entwickelt: ambulante hausärztliche Grundversorgung, fachärztlich ambulante Versorgung und (fachärztlich) stationäre Krankenhausbehandlung. Über ein halbes Jahrhundert hat dieses System der deutschen Bevölkerung eine medizinische Versorgung auf höchstem qualitativen Niveau gewährleistet, im Übrigen trotz der steigenden Anforderungen aufgrund der demographischen Entwicklung und in Realisation des medizinischen Fortschrittes ohne entscheidende Ausgabensteigerung in Relation zum Bruttosozialprodukt. Problematisch in den letzten Jahren ist lediglich die Einkommensseite der GKV, die bekanntlich ausschließlich an den Faktor Arbeit gekoppelt ist. Dieser ist deutlich rückläufig und allein verantwortlich für das entstandene Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Angesichts der evidenten Unterfinanzierung des Systems wurde vor allem der ambulante Versorgungsbereich mit stringenten Budgets überzogen, die in ihrer Konsequenz die Ärzte zu unentgeltlicher Leistung verpflichten, gelegentlich auch vornehm als Sozialrabatt umschrieben. Es ist verständlich, dass in einer solchen Situation der Ruf nach anderen Finanzierungsmöglichkeiten jenseits der kollektivvertraglich vereinbarten Gesamtvergütung laut wird. Schon heute werden in zunehmendem Maße Einzelvertragslösungen nach § 73 b und c angestrebt neben den allerdings stagnierenden Vertragsmodellen der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V. Daneben existiert ein eher bescheidenes Angebot so genannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL), mit dem medizinisch nicht notwendige Leistungen in die Eigenverantwortung und Kostenpflichtigkeit der Patienten übertragen werden. Das alles hat mit dem Begriff der Kostenerstattung wenig zu tun. Diese ist zwar im Gesetz im § 13 SGB V grundsätzlich möglich, in der konkreten Ausgestaltung aber faktisch verhindert.

Das Gesundheitssystem leidet vor allem an der immer weiter klaffenden Schere zwischen Leistungsanforderung und rückläufigen Einnahmen. Der Versuch, die Kostenseite durch Budgets einzugrenzen, ist gescheitert. Im Gegenteil, die Budgets haben ihrerseits verhindert, dass Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Budgets wie die integrierte Versorgung Erfolg haben konnten.

Ein nicht unwesentlicher Faktor ist der Patient selber, der mit seiner Chipkarte ohne jede individuelle Konsequenz beliebig Leistungen abfordern kann, abgesehen davon, dass die Karte selbst in Einzelfällen im freien Handel zirkuliert. Der Versuch, erst über die Einführung der Praxisgebühr, später über Hausarztmodelle mit Begrenzung des freien Zugangs zu Fachärzten, hier eine Minderung der Leistungsanforderung zu erreichen, ist ebenfalls gescheitert. Ein kürzlich vorgelegtes Gutachten hat gezeigt, dass trotz oder wegen der Einführung eines Hausarztmodells die fachärztliche Inanspruchnahme eher zunimmt. Das verwundert auch nicht weiter, da nach Auslösung einer pauschalierten Vergütung kein Anreiz mehr besteht, weitere Leistungen zu erbringen und diese dann anderweitig veranlasst werden. Bei aller Berücksichtigung gesamtstaatlicher Interessen muss auf dem Sektor der Gesundheitsversorgung weniger auf die potentiellen Wünsche der Versicherten als vielmehr auf die realen Bedürfnisse der Kranken geachtet werden. Der freie und unmittelbare Zugang zum Arzt des Vertrauens steht dabei an oberster Stelle. Umfragen zeigen, dass dies von den befragten Patienten als unverzichtbar angesehen wird und einen deutlich höheren Stellenwert einnimmt als beispielsweise die Frage einer stärkeren finanziellen Belastung.

Angesichts der gescheiterten gesetzlichen Bemühungen, die Diskrepanz zwischen Leistungsanforderung und Finanzierbarkeit durch immer neue Kostendämpfungsmaßnahmen in den Griff zu bekommen, stehen wir vor der Notwendigkeit, entweder Leistungen zu rationieren oder neue Finanzierungswege zu eröffnen.

Umfang des Leistungskatalogs

Noch ist der Leistungskatalog der GKV für die Politik ein Tabuthema. Dies aber wird sich ändern müssen, denn vor dem Hintergrund einer unverändert desolaten Haushaltssituation der öffentlichen Hand ist eine Diskussion über die Prioritätensetzung bei der Verwendung sowohl öffentlicher Mittel als auch in den sozialen Sicherungssystemen und dabei insbesondere in der GKV unvermeidbar. Dabei wird es nicht nur um einzelne definierte Leistungen bzw. Leistungsbereiche gehen können, sondern vor allem auch um strukturelle Veränderungen im Leistungsgeschehen. Wir müssen jetzt eine breite öffentliche Diskussion führen, um undurchsichtigen Leistungseinschränkungen der GKV zuvorzukommen. Die Verantwortung für die Finanzierbarkeit des Leistungskatalogs der GKV liegt bei der Politik, die bereit sein muss, diese Verantwortung anzunehmen.

Die vorhersehbare finanzielle Entwicklung der GKV erfordert Handeln. Bis 2050 wird der Beitragssatz von jetzt 14,3 Prozent demographiebedingt auf rund 18 Prozent steigen. Der medizinische Fortschritt führt zu einem Beitragssatz von 28 Prozent bei einer Steigerung von einem Prozent der Ausgaben der GKV pro Jahr, einer minimalen Annahme, auf 43 Prozent bei einer Steigerung von zwei Prozent, eine zumindest mögliche Annahme.

Die GKV ist schon heute unterfinanziert, allein in der vertragsärztlichen Versorgung mit rund 20 Milliarden Euro. Im Krankenhauswesen liegt ein durch die desolante Finanzsituation der Bundesländer bedingter Investitionsstau von 50 Milliarden Euro vor. Es gibt Versorgungsdefizite beispielsweise in der Schmerztherapie oder bei Demenzkranken.

Deutschland steht mit dieser Problematik übrigens nicht allein da. So wird prognostiziert, dass 2020 die Mehrzahl der Gesundheitssysteme in den 27 Ländern der OECD insolvent sein wird.

Es gehört zum Wesen eines dynamischen, sich ständig an neue Gegebenheiten anpassenden Leistungskatalogs eines Ge-

sundheitswesens, dass laufend Forderungen für Neuaufnahmen von Leistungen in den Leistungskatalog gestellt werden. Bei begrenzten Mitteln mindert jede Aufnahme einer neuen Leistung die Finanzierung bisheriger Leistungen, wenn nicht gleichzeitig neue Finanzmittel zur Verfügung gestellt oder Leistungen mit gleichem Finanzvolumen aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Dies geschieht aber nicht und führt dazu, dass durch Neuaufnahmen von Leistungen nicht zuletzt wegen des medizinischen Fortschritts, aber auch aus sozialen Gründen der Leistungskatalog additiv und nicht substitutiv verändert wird.

In der aktuellen Debatte um die Gesundheitsreform vermeidet die Politik alles, was dem Bürger als Einschränkung seines als unbegrenzt empfundenen Anspruchs auf Gesundheitsleistungen erscheinen könnte, obwohl es diesen Anspruch gemäß geltender Gesetzeslage in dieser Form überhaupt nicht gibt. Statt dessen werden Ärzte und Kliniken gezwungen, immer mehr Leistungen zu immer weniger Geld erbringen zu müssen.

Zweiklassenmedizin

Da die GKV schon jetzt defizitär ist, sind Einschnitte in den Leistungskatalog unumgänglich, wenn ansonsten das System weiter staatlich reguliert beibehalten werden soll. Die Situation wird sich kontinuierlich verschärfen. Dies bedeutet, dass sich die Politik auf eine ständige Auseinandersetzung über Art und Umfang des Leistungskatalogs der GKV einstellen muss. Die Alternative wären Rationierung und Wartelistenmedizin mit der zwangsläufig daraus resultierenden Zweiklassenversorgung über einen so genannten „grauen Markt“. Obwohl die aktuelle Gesetzgebung gerade dieses Phänomen fördert, wird das Argument „Zweiklassenmedizin“ seinerseits benutzt, um notwendige Begrenzungen der solidarisch abgesicherten Leistungen abzulehnen. Dabei führt gerade die schleichende und verdeckte Rationierung direkt in eine Mehr-Klassen-Medizin, in der sich Wohlhabende aus Warteschlangen und Begrenzungen „herauskaufen“ werden.

Es ist jedoch irrelevant, ob sich einige mehr leisten können als andere. Relevant ist allein, dass jedem Bürger im Krankheitsfall eine bedarfsgerechte Versorgung zur Verfügung steht. Dies ist an drei Voraussetzungen gebunden:

- ▶ bedarfsgerechter Leistungskatalog
- ▶ bedarfsgerechte Finanzierung des Leistungskatalogs
- ▶ leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer.

Rationierung

Rationierung bedeutet Leistungsausschluss. Keine Rationierung bedeutet, dass jeder Leistungserbringer uneingeschränkt jede von ihm für erforderlich gehaltene Leistung erbringen oder veranlassen und der Patient jede von ihm für notwendig gehaltene Leistung nachfragen kann. Dies ist unter den Bedingungen sektoraler Budgets, kontingentierter Gesamtvergütungen und Regressandrohungen nicht möglich. Vor allem ist ein Ausweg aus der Rationierungsfalle nicht möglich, solange der Einzelne keinerlei wettbewerbsorientierte Steuerungsmöglichkeit besitzt, welche Leistung er zu welchen Bedingungen beziehen möchte. Das System verhindert, dass der Patient eigene Entscheidungskompetenzen besitzt. In Deutschland ist traditionell vorherrschende Mentalität, sich in puncto sozialer Absicherung um nichts selbst kümmern zu müssen. In einem solchen System kann niemand erwarten, dass freiwillig auch nur auf die geringste Leistung verzichtet würde. In dieser Situation sind grundsätzlich zwei Entscheidungen vorstellbar: entweder staatlich induzierte (möglichst gut getarnte) Rationierung oder Übertragung der Verantwortung auf den Bürger, also mehr Subsidiarität. Die politischen Entscheidungsträger misstrauen leider der Entscheidungsfähigkeit ihrer Wähler und ziehen eine reguliertes System vor.

Eigenverantwortung und Solidarität

Dabei ist Eigenverantwortung ein elementarer Bestandteil der GKV. Eigenverantwortung muss gestärkt werden, wo im-

mer dies möglich ist. Jetzt wird aber die Eigenverantwortung der Bürger reduziert auf „Strafandrohung“ bei gesundheitlichem Fehlverhalten. Ein verantwortungsbewusster Umgang in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird den Versicherten offenbar nicht zugetraut und entsprechend auch nicht anerkannt. Jede Diskussion über eine sozial abgesicherte Beteiligung an medizinischen Aufwendungen ist im Keim erstickt. Solidarität bedeutet aber nicht, alles von Anderen abgesichert zu bekommen, sondern im Gegenteil selbst auch für Andere in eine Leistungspflicht einzutreten.

Strukturelle Neugestaltung

Da der Gesetzgeber jeder Diskussion um eine Beschneidung des immer weiter ausufernden Leistungskataloges meidet wie der Teufel das Weihwasser, müssen vor allem strukturelle Gestaltungsaspekte diskutiert werden. Wie oben bereits ausgeführt, wird der im SGB V im Prinzip klar definierte Grundsatz „ausreichend, notwendig, sinnvoll und wirtschaftlich“ kaum wahrgenommen, im Gegenteil: die Leistungserbringer werden in der Regel beschimpft und mit Zulassungsentzug bedroht, wenn sie dieses gegenüber den Anspruchserwartungen der Patienten durchsetzen sollen. Ohne eine ehrliche Diskussion über eine „Standard- und Wunschversorgung“ wird die immer weiter klaffende Schere zwischen Leistungswunsch und Finanzierbarkeit nicht zu schließen sein.

Es wird vorgeschlagen, eine Standardversorgung beispielsweise über den Gemeinsamen Bundesausschuss zu definieren und zu publizieren, die nach Vorgabe im SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und den medizinischen Fortschritt einschließt, verbunden mit einer über die Standardversorgung hinausgehenden Wunschversorgung. Letztere fiel dann in die Eigenverantwortung der Patienten, die anfallende Differenzbeträge zur GKV-Erstattung entweder fallweise selbst zu tragen hätten oder dafür prospektiv Zusatzversicherungen abschließen könnten. Dies würde für Arzt und Patient Transparenz, Wahlmöglichkeit und Sicher-

heit erhöhen. Im Kern handelt es sich um die Forderung nach Freiheit in der Entscheidung eines jeden Einzelnen, in einem so geregelten System den ansonsten unausweichlichen Einschränkungen in der Optimal-Versorgung durch Eigenvorsorge zu begegnen.

Eigenverantwortung

In einem solchen System müsste vor allem das für alle Beteiligten absolut intransparente Dreiecksverhältnis Kasse-KV-Arzt zugunsten einer direkten Vertragsbeziehung zwischen Patient und Arzt aufgelöst werden. Solange der Patient überhaupt nicht weiß, welche Kosten er verursacht, wird er auch nicht über einen möglichen Verzicht auf Sozialleistungen nachdenken. Es genügt allerdings nicht die bloße Kenntnis. Erst wenn auch eine gewisse, sozial abgesicherte, finanzielle Mitverantwortung gegeben ist, wird die ungebremste Nachfrage nach medizinischer Leistung auf das wirklich Notwendige reduziert werden.

Ein grundsätzlicher Übergang vom Sachleistungsprinzip auf die Kostenerstattung ist wegen des Mangels an politischen Mehrheiten nicht zu erwarten. Die ursprünglich vorgesehene Lockerung des § 13 SGB V ist zugunsten einer weiterhin restriktiven Regelung fallen gelassen worden. Die Wahl von Kostenerstattung ist für Versicherte mit so großen Nachteilen verbunden, dass dieses Instrument aktuell praktisch nicht genutzt wird. Dennoch ist die Kostenerstattung die richtige Lösung, vor allem wegen der damit verbundenen direkten Vertragsbeziehung zwischen den Beteiligten. Ganz abgesehen davon ist eine solche unmittelbare Interaktion Grundlage jedweden Wettbewerbs, der ja zumindest in der Überschrift des letzten Gesetzes vehement gefordert wird.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine zentrale Änderung im Bundesmantelvertrag, der eine additive private Abrechnung neben einer GKV-Basisleistung verbietet. Noch gilt das Prinzip: entweder komplett privat oder komplett GKV. Zahlungen für verbesserte, über das Notwendige hinausge-

hende Behandlungsangebote sind nicht möglich. Dabei geht es keineswegs nur um so genannte individuelle Gesundheitsleistungen, die auch heute schon zu Recht völlig außerhalb der Erstattungspflicht der GKV angesiedelt sind. Gemeint sind additive Leistungen wie etwa die Verwendung von tragefreundlichen wasserfesten Castverbänden anstelle herkömmlicher Gipsimmobilisation, der Zusatzaufwand kosmetischer Wundverschlüsse oder auch ein kurzzeitstationärer Aufenthalt anstelle gemäß § 115b obligater ambulanter Leistungserbringung.

Zumutbarkeit von Leistungseinschränkungen anhand von Wohlstandsparametern

Die finanzielle Situation ist von Person zu Person und von Haushalt zu Haushalt verschieden. Leistungseinschränkungen in der GKV sind für viele eine zusätzliche Belastung. Dennoch ist die Gesamtsituation in Deutschland besser als im vergleichbaren Ausland, wird aber als schlechter empfunden. Das Sparvolumen nimmt zu. Es gibt mehr Handys als Einwohner. Für Tabakwaren, Alkoholika und Auslandsreisen wurden 2005 insgesamt 88 Milliarden Euro ausgegeben. 2004 wurden Lebensversicherungen in Höhe von 64 Milliarden Euro ausgezahlt. In den nächsten 10 Jahren ist mit Erbschaften in Höhe von 2,3 Billionen Euro zu rechnen. Deutschland hat im internationalen Vergleich mit 1.601 Jahresarbeitsstunden (Arbeiter des verarbeitenden Gewerbes) die kürzeste Jahresarbeitszeit und mit rund 30 Tagen Jahresurlaub die längste Urlaubszeit. Dennoch gibt es unter der deutschen Bevölkerung zunehmend Menschen, die unter die Armutsgrenze fallen.

Es ist unstrittig, dass alle Vorschläge zu einer eigenverantwortlichen Beteiligung der Bürger an den Gesundheitskosten immer an der zentralen Aufgabe einer sozialen Ausgewogenheit orientiert sein müssen. Soziale Verantwortung bedeutet aber nicht, durch Zahlung eines Beitrages an die Solidargemeinschaft sozusagen mit befreiender Wirkung das Prinzip der Subsidiarität und der originären Verantwortung in der ei-

genen Handlungsweise aufzugeben, wie es im Gesundheitssystem exemplarisch geschieht. Wenn es nicht gelingt, die Bürger zu motivieren, im Umgang mit Gesundheitsleistungen verantwortungsvoll zu handeln, wird jede Reform des Systems über kurz oder lang wiederum in der Sackgasse enden.

Fazit

Der Patient hat einen unverzichtbaren Anspruch auf eine solidarisch getragene Absicherung eines existentiellen gesundheitlichen Risikos. Im aktuellen System hat er aber die Verantwortung im Umgang mit den angebotenen Möglichkeiten vollständig auf die Krankenkasse übertragen. Dem Patienten ist damit jeglicher Anreiz genommen, selbst zu entscheiden, welche Leistungen und in welchem Umfang er diese in Anspruch nehmen will. Wenn dieses nicht geändert wird, muss bei weiterhin fehlenden Anreizen von staatlicher Seite reguliert werden mit der Folge einer Leistungseinschränkung bzw. Rationierung.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Angeboten der medizinischen Versorgung kann nur erreicht werden, wenn der Leistungsnehmer selbst von seinen Entscheidungen betroffen ist. Aus diesem Grund setzt sich die GFB für eine Eigenbeteiligung des Patienten ein. Diese muss selbstverständlich sozial verträgliche Grenzen haben, etwa in einem maximalen Gesamtbetrag pro Jahr oder – gerechter – in einem festzulegenden Prozentsatz des verfügbaren Einkommens. Eine eigenverantwortliche Steuerung in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen setzt voraus, dass die Betroffenen auch wissen, was die Behandlung kostet und welche Qualitätsmerkmale eingefordert werden können. Im derzeitigen Sachleistungsprinzip ist dies nicht möglich. Es muss daher das Prinzip der Kostenerstattung umgesetzt werden, das schon aufgrund europäischer Rechtsprechung auch in der Bundesrepublik mittelfristig obligat werden wird. Nur über eine Kostenerstattung ist die zu fordernde Transparenz der Abläufe erreichbar, abgesehen davon eröffnet dieses Instrument die

Möglichkeit eines von allen geforderten Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern.

| 3.6 Sachleistungssystem vs. Kostenerstattung

Helge Rühl

In Deutschland haben alle GKV-Versicherten die Möglichkeit, anstelle des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung zu wählen. Seit dem 1. April 2007 ist eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen gemäß § 13 Abs. 2 SGB V möglich. Für den Versicherten ist die einjährige Bindung an die Wahl der Kostenerstattung bestehen geblieben.

Unterschiede des Sachleistungs- und Kostenerstattungs-Prinzips:

- ▶ Im Sachleistungsprinzip weist sich der Patient durch seine Versichertenkarte als Mitglied einer Krankenkasse aus und erhält dafür die Leistungen, die für wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig gemäß § 12 SGB V gehalten werden. Dies entspricht nicht der optimalen Versorgung.
- ▶ Im Kostenerstattungsprinzip wird der Patient als Selbstzahler (Privatpatient) nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) optimal behandelt, bezahlt seine Rechnung direkt an den Arzt und lässt sich den erstattungsfähigen Anteil durch seine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstatten. Der durch die GKV erstattungsfähige Anteil der Rechnung ist abhängig von der Vergütung, die die Gebührenordnungen der GKV, also Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA), vorsehen, abzüglich einer je nach gesetzlicher Krankenkasse zwischen 5 und 10 Prozent liegenden Pauschale für den Verwaltungsaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung. Da die Gebührenordnungen GOÄ/GOZ der PKV und der EBM/BEMA der GKV teilweise inkompatibel sind und vor allem

die privatärztlichen Gebührenordnungen Abrechnungsposten vorsehen, die kein Äquivalent im EBM/BEMA der GKV haben, kann es vorkommen, dass große Teile der Privatrechnung nicht erstattet werden können. Ferner darf der Arzt nach der GOÄ/GOZ je nach Leistungsbereich den Preis für eine Teilleistung ohne Begründung mit Steigerungsfaktoren zwischen 1,0 und 2,3, bei Besonderheiten auch bis 3,5 multiplizieren (Steigerungsfaktor). Einen Steigerungsfaktor kennt die GKV (EBM/BEMA) hingegen nicht.

Die Wahl der Kostenerstattung empfiehlt sich derzeit insbesondere für GKV-Versicherte, die entweder über eine private ambulante Restkostenversicherung verfügen oder beihilfeberechtigt sind. Die Gesundheitsreform 2007 sieht zudem eine Stärkung der Praktikabilität des Kostenerstattungsprinzips für GKV-Versicherte vor, indem den gesetzlichen Kassen erlaubt wird, Kostenerstattungswahltarife gegen Mehrprämie anzubieten, die die Restkosten erstatten. Der gesetzlich Krankenversicherte kann die Kostenerstattung wählen, nachdem er sich vom Leistungserbringer darüber hat aufklären lassen. Eine Beratung oder Zustimmung der gesetzlichen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich, aber eine Unterrichtung der Kasse durch den Versicherten.

Insbesondere wegen der von der Politik aus Kostengründen forcierten Rationierung der GKV-Leistungen sind die Vor- und Nachteile beider Prinzipien umstritten.

Das Sachleistungsprinzip ist für den Patienten vorteilhaft, weil er nicht in Vorleistung treten muss. Beim Sachleistungsprinzip bestehen für den Arzt Beschränkungen im Hinblick auf die Erbringung ärztlicher Leistungen, die alle unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Vorschrift des § 12 SGB V zu erbringen sind. Zusätzlich werden die Arznei- und Heilmittelverordnungen der Vertragsärzte durch Richtgrößen beschnitten. Dadurch drohen den Ärzten permanent Regressforderungen.

Infolgedessen erscheinen Patientenbefürchtungen nicht ganz ungerechtfertigt, dass der Arzt ihnen, um nicht in Kürzungs- oder Regressgefahr zu geraten, Leistungen und Verordnungen vorenthalten könnte. Die Vermeidung unnötiger und unwirtschaftlicher medizinischer Maßnahmen wird als möglicher ökonomischer Effekt des Sachleistungsprinzips bewertet.

Beim Kostenerstattungsprinzip entstehen dem Patienten erhebliche Mehrkosten. Deshalb ist hier der Abschluss einer Zusatzversicherung, die diese Mehrkosten deckt, ratsam. Da der Versicherte ggf. einen Anteil der Kosten für Diagnostik und Behandlung selber trägt, folgern daraus manche Bedenken, dass Ärzte auch unnötige und unwirtschaftliche Leistungen durchführen und abrechnen könnten.

Nachteilig für Ärzte ist die ungesicherte Bezahlung ihrer Arbeit bei insolventen Patienten deshalb, weil das von der Krankenkasse auf dem Patientenkonto eingehende Erstattungsgeld weggepfändet wird. Krankenkassen empfinden die Kostenerstattung möglicherweise als nachteilig, da Zahlungsempfänger dann der Versicherte und nicht der Arzt ist und eventuelle Erstattungskürzungen direkt gegenüber dem Versicherten von der Kasse gerechtfertigt werden müssen.

Vorteile der Kostenerstattung:

- ▶ Mit der Wahl der Kostenerstattung erfolgt die Behandlung beim Arzt als Privatpatient.
- ▶ Die Wahl der Kostenerstattung kann auf den stationären oder ambulanten oder ärztlichen oder zahnärztlichen Versorgungsbereich oder auf veranlasste Leistungen beschränkt werden.
- ▶ Der Arzt unternimmt und veranlasst alles Sinnvolle zur Heilung bzw. Linderung. Denn er ist hier von keiner Kürzungs- oder Regressgefahr bedroht und es entfallen Budgets, die einer optimalen Behandlung des Versicherten evtl. entgegenstehen. Nach dem Wirtschaftsgebot im Sinne des § 12 SGB V ist der Arzt im Sachleistungssystem gezwungen, ausschließlich „wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige“ Leistungen

zu veranlassen. Optimaler kann dagegen die Versorgung des Patienten bei Wahl der Kostenerstattung sein.

- ▶ Kostenerstattung erhöht für den Patienten die Transparenz, da er mit der an ihn gerichteten Arztabrechnung die erbrachten Leistungen und ihre realen Kosten erfährt.
- ▶ Die von den gesetzlichen Krankenkassen häufig als Begründung für überbordende Bürokratie ins Feld geführte Angst vor Abrechnungsbetrug scheidet von vornherein aus, da Patienten selbst nachvollziehen und überprüfen können, ob in Rechnung gestellte Maßnahmen erfolgt sind.
- ▶ Unwirtschaftlichen Doppelbehandlungen (Doctor-hopping) kann von Seiten der Krankenkassen ein Riegel vorgeschoben werden, indem gleichartige Leistungen nur einmal innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens erstattet werden.
- ▶ Das Kostenerstattungsprinzip ist im Gegensatz zur Sachleistung EU-kompatibel.

Will der Patient die Kostenerstattung wirksam wählen, so muss der Arzt ihn über den Umfang der Kostenerstattung aufklären.

Im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip entspricht das Kostenerstattungsprinzip dem eines mündigen, mitspracheberechtigten Bürgers.

Die mögliche Wahl der Kostenerstattung ist aufgrund der Änderung des § 13 SGB V für alle GKV-Versicherte seit dem 1. April 2007 flexibler gestaltet worden.

Die Versicherten haben ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung nur noch in Kenntnis zu setzen. Eine erneute Information ist lediglich notwendig, wenn und soweit die Wahl der Kostenerstattung auf andere Leistungsbereiche bzw. auf veranlasste Leistungen ausgedehnt werden soll.

Die bisherige Beratungsverpflichtung und -notwendigkeit vor der Wahl des Versicherten durch die Krankenkasse ist durch die Informationspflicht des Leistungserbringers ersetzt worden, die den Hinweis zu beinhalten hat, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem

Versicherten zu tragen sind. Diese Unterrichtung hat der Versicherte dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.

Abweichend vom bisherigen Recht, nach dem eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten Behandlung möglich war, wurden die Wahlalternativen erweitert. Eine Einschränkung der Wahl ist danach also auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären oder ambulanten Bereich oder auf veranlasste Leistungen zulässig.

Im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung, in deren Rahmen die Krankenkasse die Leistungen als Sachleistungen erbringt und der Arzt ohne Einschaltung des Versicherten direkt mit der Krankenkasse abrechnet, stellt der Arzt dem Versicherten bei gewählter Kostenerstattung die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung. Der Versicherte hat die Kosten für die Behandlung in der Regel zunächst zu verauslagen (wenn er mit seinem Arzt nichts anderes vereinbart) und kann die Rechnung des Arztes/Zahnarztes bei seiner Krankenkasse einreichen, die ihm die Kosten erstattet, die bei einer vertragsärztlichen Behandlung angefallen wären. Den Differenzbetrag muss der Versicherte selbst tragen. Will ein Versicherter für verordnete Arzneimittel oder Verbandmittel Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung dieser Arzneimittel oder Verbandmittel auf einem Verordnungsblatt vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe der Krankenkasse der Vermerk „Kostenerstattung“ einzutragen. Die Kosten für diese Verordnungen sind vom Versicherten in der Apotheke selbst zu bezahlen.

Und so steht es in § 29 Abs. 6 BMV-Ärzte:

„Will ein Versicherter für verordnete Arzneimittel oder Verbandmittel Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung dieser Arzneimittel oder Verbandmittel auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk „Kostenerstattung“ anzubringen. Wird die Verordnung vom Patienten als Privatbehandlung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 gewünscht, ist dafür ein Privatrezept zu benutzen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren

Kostenerstattungsberechtigten Versicherten hierfür die Kosten entsprechend dem Leistungsanspruch in der vertragsärztlichen Versorgung.“

Umfang der Kostenerstattung

Der Anspruch auf Erstattung ist vom Umfang her auf die Höhe der Vergütung begrenzt, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Es können auch nur die Leistungen in Anspruch genommen werden, die als vertragsgemäße Sachleistungen zugelassen sind. Anderenfalls würden die für Vertragsleistungen geltenden Qualitätssicherungskriterien unterlaufen.

Das Gesetz sieht ausdrücklich vor, dass neben den durch die Satzung zu bestimmenden Abschlägen vom Erstattungsbeitrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch die gesetzlichen Zuzahlungen abzuziehen sind. Zu berücksichtigen sind dabei alle für die Versicherten unmittelbar wirkenden Eigenbeteiligungen – wie etwa Arzneimittelzuzahlungen und Zuzahlungen für jede erste Inanspruchnahme eines in der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers. Die den Krankenkassen bei der Vergütung von Sachleistungen im Verhältnis zu den Leistungserbringern zustehenden Rabatte – wie etwa der Apothekenrabatt nach § 130 SGB V und der Herstellerrabatt nach § 130a SGB V – sind ebenfalls entsprechend in Abzug zu bringen.

Die Praxisgebühr für die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung ist je Quartal im Falle der Kostenerstattung pro Versicherten für jeden Versorgungsbereich (ärztlich/zahnärztlich) jeweils nur einmal abzuziehen. Ausgenommen sind Fälle, in denen der Versicherte im selben Quartal unterschiedliche Ärzte derselben Fachrichtung in Anspruch genommen hat und der Versicherte nachweist, dass die Inanspruchnahme eines weiteren Arztes durch seinen bisher behandelnden Arzt veranlasst wurde. Diese Regelung ist damit zu begründen, dass der Versicherte bei der Form der Leistungsanspruchnahme durch

Kostenerstattung keine Möglichkeit hat, sich durch eine vorherige formelle Überweisung von der Entrichtung der Praxisgebühr selbst freizustellen.

Zur Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer

Nach § 13 Abs. 1 SGB V wird ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse auch Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen keinen Vertrag haben, in Anspruch zu nehmen. Dies sind Leistungserbringer, die zwar zu den dort genannten Berufsgruppen gehören, aber eine entsprechende Zulassung nicht beantragt haben. Damit können nach wie vor etwa Heilpraktiker nicht zu Kassenlasten in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch für Leistungserbringer, die kollektiv auf eine Zulassung verzichtet haben (§ 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Die Inanspruchnahme der nicht im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer kommt nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse nur für die Versicherten in Betracht, die sich für die Kostenerstattung entschieden haben (vgl. § 13 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V). Diese Inanspruchnahmemöglichkeit gilt ab Zeitpunkt der Wahl der Kostenerstattung.

Kostenerstattung bei

- ▶ unaufschiebbarer
- ▶ nach rechtswidriger Ablehnung einer Leistung.
- ▶ Konnte die Krankenkasse eine notwendige Leistung nicht rechtzeitig erbringen, die aus medizinischen Gesichtspunkten unaufschiebbar war, hat der Versicherte gemäß § 13 Abs. 3 SGB V Anspruch auf Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen. Das ist möglich bei Notfällen oder bei Krankenhausbehandlung vor deren Genehmigung durch die Krankenkasse. Zu erstatten sind die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten, vermindert um Beträge für Zuzahlungen und Beträge, die dem Versicherten bei Inanspruchnahme der Leistung als Sach- oder Dienstleistung auch entstanden wären.

- Hat die Krankenkasse eine notwendige Dienst- oder Sachleistung zu Unrecht abgelehnt und hat sich der Versicherte aus diesem Grund die Leistung selbst beschafft, hat sie dem Versicherten die für die selbst beschaffte Leistung tatsächlich entstandenen Kosten, vermindert um Beträge für Zuzahlungen und Beträge, die dem Versicherten bei Inanspruchnahme der Leistung als Sach- oder Dienstleistung auch entstanden wären, zu erstatten (§ 13 Abs. 3 SGB V).

Die Krankenkassensatzung regelt weiterhin das Verfahren der Kostenerstattung. In ihr sind ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen.

Fazit

Immer wieder wird in der Ärzteschaft über die Ablösung des Sachleistungsprinzips durch die Kostenerstattung diskutiert. Nach Ansicht des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI e.V.) ist die Frage der Kostenerstattung keine vordringliche. Bei den Versicherten ist die Kostenerstattung nicht populär: Von dem im Sozialgesetzbuch (§ 13 SGB V) eingeräumten Wahlrecht auf Kostenerstattung machen nur ca. 0,04 Prozent der Versicherten Gebrauch.

Sinnvoll erscheint jedoch ein erweitertes Wahlrecht von Versicherten und Vertragsärzten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung. Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile, die es gegeneinander abzuwägen gilt.

Das System der Kostenerstattung bietet Kostentransparenz und stärkt die Eigenverantwortung, hat für Patienten und Ärzte jedoch auch unleugbare Nachteile:

- Patienten müssten unter Umständen hohe Vorauszahlungen leisten, was sich als Hürde für den Gang zum Arzt erweisen könnte, gerade bei sozial schwachen Versicherten. Das zeigt der Rückgang der Fallzahlen um ca. 13 Prozent seit Einführung der Praxisgebühr. Ein

Fallzahlschwund von bis zu 30 Prozent nach Einführung der Kostenerstattung wäre nicht unwahrscheinlich.

- ▶ Die Patienten müssten die Arztrechnung überprüfen, wobei sie sich schwer tun und sich notfalls mit der Krankenkasse und dem Arzt deswegen auseinandersetzen müssen.
- ▶ Die Patienten könnten Preisvergleiche bei ärztlichen Leistungen anstellen und einen Wettbewerb um den günstigsten Preis statt um die beste Qualität in Gang setzen.
- ▶ Mit der Kostenerstattung entsteht ein direktes Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ärzte müssten damit rechnen, dass Patienten nicht oder nicht pünktlich zahlen, und notfalls gegen ihre Patienten klagen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt würde dadurch belastet.
- ▶ Ärzte müssen für die Rechnungsstellung inklusive Mahnverfahren entweder erhöhten Verwaltungsaufwand in ihrer Praxis betreiben oder diese Aufgaben an eine Verrechnungsstelle auslagern. Dafür sind Gebühren zu zahlen, die bei ca. 6 Prozent des Umsatzes liegen, ohne Übernahme des Inkassorisikos. Das Inkassorisiko dürfte dann bei durchschnittlich ca. 28 Prozent liegen.
- ▶ In einem Sachleistungssystem haben die Vertragsärzte die Garantie einer regelmäßigen Auszahlung ihrer Vergütung über die Kassenärztliche Vereinigung.
- ▶ Krankenkassen könnten in einem Kostenerstattungssystem ihre Einkaufsmacht sehr viel stärker als heute ausnutzen und Ärzte aus der Versorgung ausschließen, indem sie nur mit einer bestimmten Zahl von Ärzten Verträge abschließen.

Neue Impulse für die Kostenerstattung durch das Wettbewerbs-Stärkungsgesetz

Dr. Dominik Graf von Stillfried

Mit der im Januar 2007 in Kraft getretenen Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber seinen Willen zur langfristigen Umgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung überdeutlich gemacht.

Obwohl dabei das Thema Kostenerstattung nicht im Fokus des Gesetzgebers stand, setzen die mit dem Wettbewerbs-Stärkungsgesetz (WSG) ausgelösten Entwicklungstendenzen neue Impulse auch für die Funktion der Kostenerstattung im deutschen Gesundheitswesen. Wie zu zeigen sein wird, bietet sich – wie im Gesundheitswesen insgesamt – auch auf dem Gebiet der Kostenerstattung ein zunehmend komplexes Bild.

Im Fokus dieses Beitrags stehen insbesondere folgende drei Entwicklungstendenzen:

- 1 Die klare Abgrenzung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) wird aufgelöst.
- 2 Auch innerhalb der GKV wird ein Auflösungsprozess der tradierten Ordnung in Gang gesetzt:
 - a Der unmittelbar erkennbare Teil davon ist die Zentralisierung von leistungs- und vertragsrechtlichen Entscheidungskompetenzen in behördenähnliche Einrichtungen auf Bundesebene.
 - b Der mittelfristig wirksame Teil resultiert aus der Umgestaltung der GKV nach den Prinzipien des Wettbewerbs.

Dieser Gliederung folgend werden vorrangig nachstehende Funktionsbereiche der Kostenerstattung analysiert:

- 1 Kostenerstattung im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV,
- 2 Kostenerstattung im Rahmen von Wahlтарifen der GKV,
- 3 Kostenerstattung als Folge des Vertragswettbewerbs in der GKV.

3.7.1 Kostenerstattung im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV

Der brancheneinheitliche Basistarif der PKV ersetzt zum 01.01.2009 die bisherigen Standardtarife, in denen derzeit knapp 30.000 Personen versichert sind. Standardtarif und Basistarif sind Instrumente zur Operationalisierung der mit dem WSG eingeführten allgemeinen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die seit 01.07.2007 gilt. Im Gegensatz zu den im Vorfeld von Seiten der Politik in Umlauf gebrachten Schätzungen hat sie jedoch nur zu einer sehr überschaubaren Anzahl von Neuzugängen im Standardtarif in Höhe von rund einem Zehntel des Vorgängertarifs geführt.

Trotz der zunächst begrenzten Versichertenbasis ist der Basistarif in seinen Auswirkungen nicht zu unterschätzen. Aus Sicht der Politik soll er einen bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz im Alter gewährleisten, alle PKV-Unternehmen bzw. die privat Versicherten an dem dafür notwendigen finanziellen Ausgleich beteiligen (vgl. Gesetzesbegründung zu Artikel 44 – Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes – des WSG). Letztlich wird damit aber die Angleichung der PKV an die GKV betrieben, denn es werden Prinzipien der Sozialversicherung in die Tarifikalkulation der PKV eingeführt. Wie zu zeigen sein wird, muss dies auch Auswirkungen auf die Form der Leistungsabrechnung und Vergütung im Rahmen des in der PKV üblichen Kostenerstattungsprinzips haben.

Der Basistarif soll die Auswirkungen der üblichen Prinzipien der Prämienkalkulation in der PKV „korrigieren“. Entsprechend der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorgaben muss die Prämienzahlung in der PKV den erwarteten Lebenszeitausgaben bei gegebenen Risikomerkmale (z.B. Geschlecht, Eintrittsalter, Vorerkrankungen) des Versicherten entsprechen. Dabei wird die zum Eintrittszeitpunkt gegebene Ausgabenstruktur zugrunde gelegt. Berücksichtigt wird ein versicherungstechnischer Risikoausgleich innerhalb des Tarifs, d.h. die Summe der geleisteten Prämien muss die Summe der Ausgaben decken (Kollektiväquivalenz). Prämiensteigerungen ergeben sich deshalb u. a. in Folge der Preisentwicklung, des

medizinischen Fortschritts, Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens oder der Struktur des Versichertenkollektivs. Die jährlichen Prämienanpassungen der PKV können daher durchaus wiederholt zweistellige Zuwachsraten erreichen, wobei die in der Sozialversicherung übliche Berücksichtigung der individuellen Zahlungsfähigkeit bzw. der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten entfällt. Die Politik konstatiert nunmehr eine relevante Bedürftigkeit insbesondere bei älteren Versicherten und schließt diese Lücke durch eine den Kreis schutzbedürftiger PKV-Versicherter begünstigende Sonderregelung in Form des Basistarifs. Anstatt ein generelles Rückkehrrecht in die GKV zu eröffnen, sollen vielmehr Sozialversicherungsprinzipien Eingang in die PKV finden wie z.B. Kontrahierungszwang der Versicherungsgesellschaften, gesetzliche Kappung der Prämienhöhe, Ausgleichspflicht für entstehende Defizite durch Umlage der Ausgaben auf alle anderen Versicherungsverhältnisse. Zudem soll ein (zeitlich begrenzter) Wechsel von GKV-Versicherten in den Basistarif ermöglicht werden.

Diese Konstruktion wirkt aus Sicht der PKV wie ein „Trojanisches Pferd“ der Sozialversicherung. Wenn die Kunst der Gesetzgebung darin besteht, durch eine Regelung den Virus für eine Veränderung zu setzen, dann gleicht die Konstruktion des Basistarifs der Herbeiführung einer Autoimmunreaktion in der PKV. Der Basistarif wird logischer Weise eine nach allen Risikomerkmale (Alter, Vorerkrankungen, Einkommen, Bildungsniveau, Krankheitsprävalenz und -inzidenz) schlechtere Versichertenstruktur aufweisen als die übliche private Vollversicherung, so dass die vorgeschriebene Prämienkappung auf dem Niveau des GKV-Höchstbeitrags zu einer systematischen Unterfinanzierung des Basistarifs führen muss. Die Ausgleichspflicht verteuert die Prämien der übrigen Versicherungsverhältnisse; die Verteuerung löst ihrerseits ggf. weitere Wechsel aus Vollversicherungstarifen in den Basistarif aus. Die PKV könnte so in eine Abwärtsspirale gezogen werden, in der nicht nachhaltig finanzierte Versicherungsverhältnisse die nachhaltig finanzierten verdrängen.

Ähnlich wie in der GKV greift der Gesetzgeber auch regulierend auf der Ausgabenseite ein und schränkt die Berechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in § 75 Abs. 3a SGB V ein. Um die Behandlung zu reduzierten Vergütungssätzen ggf. erzwingen zu können, führt § 75 Abs. 3a SGB V zugleich eine Sicherstellungspflicht der Vertragsärzte ein, welche durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Bedarfsfall durchgesetzt werden soll. Es wird mithin institutionell auf das im Vertragsrecht der GKV verankerte Zulassungsverfahren sowie auf das Disziplinarrecht der KVen zurückgegriffen. Der PKV-Verband erhält in § 75 Abs. 3b SGB V zudem den Status eines Kollektivvertragspartners, der mit den KVen bzw. mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einheitliche Vergütungsvereinbarungen auch abweichend von der gesetzlichen Vorgabe treffen kann. Um eine Abweichung von den in § 75 Abs. 3a SGB V definierten Beschränkungen der Vergütungssätze durchzusetzen, können die Verhandlungspartner jeweils ein Schiedsamt nach § 75 Abs. 3c SGB V anrufen, welches eine kollektivvertragliche Vergütungsregelung festsetzt. In der Zusammensetzung des Schiedsamts ist jedoch das ärztliche Interesse immer unterrepräsentiert, so dass die Vermutung naheliegt, dass damit die gesetzliche Beschränkung der Vergütungssätze regelhaft noch unterschritten werden soll.

Ein „Sozialabschlag“ dieser Art kann jedoch nur solange akzeptiert werden, wie die Gruppe der Begünstigten klein und bedürftig ist. Bei einem stark anwachsendem Versichertenkreis im Basistarif, z.B. wenn die rund die Hälfte der PKV-Versicherten umfassende Gruppe der Beihilfeberechtigten durch haushaltsrechtliche Begrenzung ihres Erstattungsanspruchs in den Basistarif getrieben würde, müssten die Vertragsärzte Einbußen bei den PKV-Einnahmen in Milliardenhöhe hinnehmen.⁷⁹ Im Übrigen würde auch das Kostenerstattungsver-

79 Unter der Annahme, dass die GKV-Honorare nur rund 40 Prozent des Honorarvolumens für privat versicherte Beihilfeberechtigte erreichen, errechnen Niehaus/Weber, 2005, dass eine komplette Umstellung der Beihilfe auf GKV-Niveau im Jahre 2004 2,1 Mrd. Euro Honorarverlust für Vertragsärzte bedeutet hätte.

fahren zunehmend in den Regelungskreis sozialrechtlicher Interventionen gezogen und die Bedeutung des privatrechtlichen Behandlungsvertrags zwischen Patient und Arzt auch hier entsprechend überlagert.

Für die Vertragsärzte kommt es mithin entscheidend darauf an, dass der Basistarif seinen Charakter als Sonderregelung für einen engen Kreis von Bedürftigen behält. Allerdings gibt es eine beträchtliche Anzahl von Faktoren, die eine Ausbreitung des Basistarifs begünstigen:

- ▶ Demographie und Versichertenstruktur bestehender Tarife,
- ▶ weitere gesetzliche Zugangshürden für junge PKV-Kunden,
- ▶ PKV-Unternehmen, die den Basistarif als „Einstiegstarif“ bewerben,
- ▶ Ärzte, die Versicherten einen Statuswechsel empfehlen,
- ▶ Beihilfeträger, die zur Ausgaben senkung Beihilfeansprüche auf das Niveau des Basistarifs beschränken.

Um ein automatisches Sich-Ausbreiten des Basistarifs zu vermeiden, muss der PKV-Verband bei der leistungsrechtlichen Ausgestaltung des Basistarifs die gesetzliche Anforderung in § 12 Abs. 1a VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz), nämlich dass die Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der GKV nach dem 3. Kapitel des SGB V jeweils vergleichbar sein müssen, möglichst wörtlich ausgelegt werden. Im Klartext: Weder für Versicherte noch für behandelnde Ärzte darf im Basistarif ein spürbarer Vorteil gegenüber der GKV bestehen. Nur in diesem Fall

- ▶ gehen Bewerbungsversuche einzelner PKV-Unternehmen ins Leere, die versucht sein könnten, sich diesen Expansionskurs durch die gesetzliche Ausgleichverpflichtung der übrigen PKV-Versicherten „quer“ finanzieren zu lassen;
- ▶ wird die volle Tragweite einer möglichen Begrenzung des Leistungsanspruchs seitens der Beihilfeträger für die Beihilfeberechtigten a priori eindeutig sichtbar.

Vorausgesetzt der PKV-Verband schafft mit der ihm obliegenden Definition des Leistungsanspruchs im Basistarif die versicherungsrechtlich notwendigen Voraussetzungen, wäre auf Basis einer Vereinbarung gemäß § 75 Abs. 3b SGB V eine

vertragliche Ausgestaltung des Kostenerstattungsverfahrens denkbar, durch die scheinbare Vorteile des Basistarifs gegenüber der GKV auf ein Minimum begrenzt werden können. Eine solche vertragsrechtliche „Begleitung“ der leistungsrechtlichen Definitionen des Basistarifs ist für eine „GKV-isierung“ des Basistarifs notwendig, denn – anders als in den üblichen Versicherungstarifen der PKV – hängt die Verfügbarkeit der Leistungen in der GKV nicht allein von leistungsrechtlichen Definitionen ab. Die Leistungsgewährung durch Ärzte und die subjektive Wahrnehmung der Behandlungsqualität durch die Leistungsempfänger wird vielmehr nachhaltig durch vertragsrechtliche Elemente der Leistungssteuerung konkretisiert und „moduliert“.

Eine Vereinbarung des PKV-Verbandes mit der KBV gemäß § 75 Abs. 3b SGB V müsste folglich mindestens Folgendes regeln:

- 1 die Ausgabe einer Versichertenchipkarte an die Versicherten des Basistarifs und die Identifikationspflicht als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Versicherung,
- 2 eine umfassende Verweisung auf die Geltung des GKV-Leistungsrechts und dessen fortlaufende Anpassung an Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Konkretisierungen z.B. durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses (Abrechenbarkeit der Leistung im Behandlungsfall, Abrechnungsausschlüsse etc.),
- 3 die Geltung der GKV-üblichen Zuzahlungsregelungen (insbesondere der Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V) als Mindeststandard, der durch weitere Selbstbehalte erweiterbar ist,
- 4 Anwendung der im Sachleistungsprinzip geltenden Qualitätsanforderungen an die Vertragsärzte sowie analoge Anwendung leistungsbegründender Unterlagen (Formulare und Dokumentationsanforderungen) als Abrechnungsvoraussetzung,
- 5 Einführung eines Quartalsbezuges für die Erstattung der im Basistarif abgerechneten Leistungen,

- 6 regelmäßige Prüfung der abgerechneten Leistungen auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit,
- 7 individuelle Korrektur der GOÄ-Rechnungen nach Maßgabe der o. g. Regelwerke mit dem Ziel eines Vergütungsanspruchs analog GKV.

Es liegt auf der Hand, dass dies nicht ohne die Einrichtung ständiger gemeinsamer Gremien zwischen KBV und PKV-Verband zur laufenden Anpassung der Regelwerke umzusetzen wäre. Ebenso dürfte daraus resultieren, dass die KVen in das Abrechnungsgeschehen für die Behandlung der Basistarif-Versicherten eingebunden werden, etwa indem der Vertragsarzt die GOÄ-Abrechnung für die Basistarif-Versicherten mit der Quartalsabrechnung an die KV übermittelt, die diese Abrechnung gemäß geltender Regelwerke analog zur GKV-Abrechnung prüft, eine geprüfte Rechnung an den Versicherten weiterleitet und – das Vorliegen einer Abtretungserklärung vorausgesetzt – den ausstehenden Betrag für den Vertragsarzt einzieht. Der Versicherte wiederum reicht die Rechnung bei seinem Versicherungsunternehmen zur Kostenerstattung ein, denn ein Sachleistungsprinzip sieht der Basistarif bislang nicht vor.

Im Ergebnis dürfte weder für den behandelnden Vertragsarzt noch für den Basistarif-Versicherten ein vorteilhafter Unterschied zur GKV erkennbar bleiben. Die PKV könnte so vor einem selbstzerstörerischen Auflösungsprozess bewahrt werden. Die Welt der ärztlichen Vergütung wäre allerdings um eine Komponente reicher, deren langfristige Auswirkungen noch nicht abgeschätzt werden können. Neben das „reine“ Kostenerstattungsverfahren der PKV, welches durch die ausschließlich bilaterale Vertragsbeziehung zwischen dem Versicherten und seinem Versicherungsunternehmen charakterisiert ist, tritt ein „Mischling“ aus Kollektivvertragsrecht und Kostenerstattung, in welchem der Leistungsanspruch des Versicherten durch eine Vertragsbeziehung des Versicherungsunternehmens zum Leistungserbringer moduliert wird. In den USA erhielt diese Form der Kostenerstattung Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts den Namen Managed Care.

3.7.2 Kostenerstattung im Rahmen von Wahlтарifen der GKV

Die „Liberalisierung“ der Kostenerstattung in der GKV gehört zu den Maßnahmen, die im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens von einer potenziellen Revolution zu einer unbedeutenden Randnotiz reduziert wurden.

Geregelt wird das Kostenerstattungsverfahren in § 13 SGB V, wobei deutlich wird, dass Kostenerstattung die eng begrenzte Ausnahme vom Sachleistungsprinzip der GKV darstellt. Noch im Regierungsentwurf zum WSG war allerdings eine Revolution vorgesehen: Wäre die Regelung in § 13 Absatz 2 SGB V Realität geworden, hätte der Versicherte im konkreten Behandlungsfall im Einzelfall ohne vorherige bürokratische Hürden oder vorherige Information seiner Krankenkassen entscheiden dürfen, ob er sich für ein Kostenerstattungsverfahren entscheidet. Eine etwaige Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und dem Erstattungsanspruch nach Maßgabe des Sachleistungsprinzips, abzüglich der von der Kasse erhobenen Bearbeitungskosten, hätte der Versicherte zwar tragen müssen.

Letztlich hätte diese unscheinbare Neuregelung des § 13 Absatz 2 SGB V jedoch zur Folge gehabt, dass der Sachleistungsanspruch der GKV auf die Funktion einer Basisfinanzierung reduziert worden wäre, den die Versicherten, je nach individueller Präferenz und Zahlungsbereitschaft mit einem variablen Zuzahlungsanteil ergänzen können. Das Grund- und Wahlleistungsmodell wäre schrittweise zum Regelfall geworden.

Für einen solchen Paradigmenwechsel, der sich aufgrund der restriktiven Budgetierungspolitik der letzten Jahrzehnte unter Umständen deutlich ausgewirkt hätte, war die Koalition letztlich nicht bereit. Ein abruptes Ende des Solidarprinzips moderner Prägung, dass nämlich auch den Zuzahlungswilligen keine größeren Vorteile zu Teil werden dürfen als durch das Umlageverfahren für alle Versicherten finanziert werden können, hätte die Koalition auch bei der Mehrheit des Wahlvolks vermutlich politisch schlecht überstanden. Diese Erkenntnis – nicht die ungelösten Fragen der praktischen Implementierung im vertragsärztlichen Abrechnungs-

geschehen – dürfte dazu geführt haben, dass die Revolution in letzter Sekunde abgeblasen wurde. Im Ergebnis bleibt die Kostenerstattung die ungeliebte Ausnahme in der GKV: Die Versicherten können künftig zwar Kostenerstattung nur für einzelne Leistungsbereiche (z.B. ärztliche Behandlung; Arzneimittel; Krankenhausbehandlung) wählen, sie müssen dies jedoch vorab der Kasse mitteilen und sind an diese Wahl ein Jahr gebunden. Im konkreten Fall müssen sie seitens des jeweiligen Leistungserbringers über die Tatsache eines verbleibenden Selbstbehalts informiert werden und dem Leistungserbringer diese Beratung schriftlich bestätigen. Diese Hürden zeugen davon, dass die Autonomie der Bürger im Falle einer Behandlungssituation nach wie vor als außerordentlich gering und die Suggestivkraft des Leistungsanbieters außerordentlich hoch eingeschätzt wird. Hierzu dürften auch Berichte über „exzessives“ Marketing so genannter individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) beigetragen haben. Mit Blick auf diese Gemengelage dürfte Kostenerstattung als explizite Alternative zum Sachleistungsprinzip im GKV-System auch weiterhin eine Randexistenz fristen.

Ein neuer Impuls wird dennoch gesetzt, dessen Auswirkungen wohl erst im Ablauf einiger Jahre, insbesondere nach Inkrafttreten der Neuordnung der GKV-Finanzierung ab dem Jahr 2009 sichtbar werden dürften. Es handelt sich dabei um die Einführung der Wahltarife in der GKV. Damit wird das Prinzip des einheitlichen Leistungs- und Vertragsrechts in der GKV schrittweise nachhaltig durchbrochen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhang insbesondere § 53 Abs. 4 SGB V.

Im Wortlaut: Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

Das Gesetz regelt weiterhin, dass die bürokratischen Hürden für diejenigen, die den Wahltarif gewählt haben, entfallen. Die Krankenkasse muss jedoch sicherstellen, dass sämtliche Ausgaben der Versicherten in einem Wahltarif durch die Ein-

nahmen gedeckt werden, die die Kasse von diesen Versicherten erhält (Prämienzahlungen durch die Versicherten). Da ab dem Jahr 2009 für alle Versicherten ein einheitlicher Beitragssatz gilt und die Krankenkassen für jeden Versicherten eine standardisierte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten, hängt die Attraktivität eines Wahltarifs für Kostenerstattung künftig von folgenden Parametern ab:

- 1 Versichertenstruktur: Kostenerstattung mit einem hohen Selbstbehalt ist für relativ wohlhabende, weitgehend gesunde bzw. nicht übermäßig aufwändig zu behandelnde Versicherte interessant. Die Bereitschaft zur Übernahme eines Selbstbehalts geht einher mit einer verantwortlichen Inanspruchnahme bzw. mit vergleichsweise günstigen Gesamtausgaben des Tarifs, auch dann wenn dieser ein hohes Versorgungsniveau bietet. Dieses kann seitens der Krankenkasse mit niedrigen Prämien bzw. Rückerstattungen von Teilen des „Einheitsbeitrages“ honoriert werden.
- 2 Leistungsstruktur und Leistungsverfügbarkeit in der GKV: Das Kostenerstattungsmodell nach dem Prinzip einer Grundsicherung (in Höhe des regulären Sachleistungsanspruchs) mit Eigenanteil (in Höhe des verbleibenden Selbstbehalts nach Abgleich mit einer privat erbrachten Leistung) wird um so attraktiver, je stärker die GKV leistungsrechtlich überreguliert, finanziell stranguliert und für Leistungserbringer unattraktiv wird. Der Umfang der Kostenerstattung hängt also davon ab, inwieweit
 - a der Gemeinsame Bundesausschuss den medizinisch-technischen Fortschritt noch nachvollziehen kann;
 - b die Bundesregierung bereit ist, den Einheitsbeitragssatz zum Gesundheitsfonds jährlich so anzupassen, dass die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts gesichert ist und die aufgrund des demographischen Wandels zunehmende Inanspruchnahmeintensität sowie die steigenden Lohnkosten im Gesundheitswesen gegenfinanziert sind;

- c es beim Zugang zur Versorgung aufgrund von Ärztemangel und aufgrund des selektiven Vertragswettbewerbs zu steigenden Wartelisten kommt.
- 3 Kassenwettbewerb unter Bedingungen des Gesundheitsfonds: Für die Krankenkassen wird es künftig wieder bedeutend sein, Versicherte mit hohem Einkommensniveau an sich zu binden. Je höher das Durchschnittseinkommen der Versicherten einer Krankenkasse, desto geringer ist die Insolvenzgefahr für die Krankenkasse. Dies liegt daran, dass eine Krankenkasse Defizite nach Erhalt der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nur noch durch Einhebung eines Zusatzbeitrags ausgleichen kann, der gesetzlich auf 1 Prozent des Durchschnittseinkommens begrenzt ist. Vor diesem Hintergrund sind Kostenerstattungswahltarife vom Gesetzgeber eindeutig als Wettbewerbsinstrument der GKV platziert worden, um der PKV die überlebenswichtigen Neuzugänge „abjagen“ zu können.

Im Ergebnis dürfte ab 2009 eine Entwicklung zu erwarten sein, die zu einer differenzierten Angebotsstruktur bei Kostenerstattungstarifen führt, etwa derart, dass einerseits Tarife für „Einkommensstarke“ mit hohem Zuzahlungsanteil aber sehr niedrigen Prämien entstehen und andererseits Tarife z.B. für „Inanspruchnehmer“, die um eines verbesserten Zugangs zur Versorgung willen, höhere Zuzahlungen oder Zusatzprämien in Kauf nehmen.

Ein prominentes Beispiel ist der Kostenerstattungstarif der TK, der im letzten Quartal des Jahres 2007 eröffnet wurde. In diesem Wahltarif sind die Versicherten nur bezüglich der ambulanten ärztlichen Behandlung wie Privatversicherte gestellt. Die vom behandelnden Arzt ausgestellte GOÄ-Rechnung wird von der TK vollständig erstattet. Den Kostenanteil, der den Sachleistungsanspruch der Versicherten übersteigt, leisten die Versicherten vorab durch Zahlung eines Aufschlags auf den bestehenden Beitragssatz. In Frage kommen folglich nur Versicherte, die einen Komfortzugang zur Versorgung suchen und sich hierfür gegebenenfalls privat versichert hätten. Da die TK nicht beabsichtigt, diesen Versicherten eine besondere Versi-

chertenkarte zur Identifikation ihres – für die Arztpraxis nicht einfach zu administrierenden – Wahltarifs (Kostenerstattung nach GOÄ bei der ärztlichen Behandlung, Arzneiverordnungen nach Sachleistungsprinzip der GKV) auszustellen, kommt es entscheidend auf den Versicherten an, sich in der Arztpraxis als Sonderfall erkennen zu geben.

Auch wenn der Kreis der Versicherten für diese Produkte zunächst noch klein sein mag, darf nicht übersehen werden, dass mit diesem Verfahren ein Zusatzmarkt von mittelfristig erheblichem Potenzial eröffnet wird. Auch der Gesetzgeber scheint eine relevante Zunahme der im Wege der Kostenerstattung vergüteten Leistungen zu erwarten. Er verpflichtet die Krankenkassen in § 85 Abs. 2 SGB V, die geleisteten Kostenerstattungen auch im Rahmen von Wahlтарifen von den kollektivvertraglich vereinbarten Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung abzuziehen, um eine „Doppelvergütung“ auszuschließen. Im Falle des TK-Tarifs werden die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der TK ein praktikables Verfahren zur Überprüfung der von der TK beanspruchten Gesamtvergütungsanteile finden müssen. Dazu gehört zum einen, dass seitens der TK eine korrekte Berechnung des nach den GOÄ-Rechnungen erstatteten Sachleistungsanteils nachgewiesen werden kann, zum anderen werden KVen ggf. prüfen müssen, ob es auf Basis der von den Versicherten vorgelegten GKV-Versichertenkarten nicht irrtümlich zu einer parallelen Abrechnung der Praxen im Sachleistungssystem gekommen ist.

Diese Parallelität des Kostenerstattungs- und des Sachleistungssystems wird in der Anfangsphase administrative Probleme aufwerfen, könnte unter den oben genannten Bedingungen aber schon bald Gewohnheit werden. Ob bei Wahlтарifen mit Prämien für Vorzugsbehandlung aber das klassische Kostenerstattungsverfahren das bevorzugte Mittel der Wahl für die Vergütung bleibt, darf jedoch bezweifelt werden. Schon beginnen z.B. Krankenhausträger eigene Zusatzversicherungen zu diskutieren, die den Versicherten eine Komfortbehandlung sichern sollen. Dabei übernimmt der Leistungsanbieter einen Teil des Versicherungsrisikos, indem er den Patienten oder der

Krankenkasse ein erweitertes Leistungsspektrum zu einem Pauschalpreis anbietet. Dieses Geschäftsmodell könnte Auftrieb erhalten, je stärker die Bildung von „Anbieterkonzernen“ voranschreitet, die im Bereich von Klinikketten ihren Anfang genommen hat, den Apothekenbereich erfasst und auch auf Medizinische Versorgungszentren und Arztnetze übergreift. Im Zuge des politischen gewünschten Selektivvertragswettbewerb in der GKV könnten große Anbieterorganisationen bald als eine Plattform für Wahltarife zur Verfügung stehen, unter denen der klassische Kostenerstattungsstarif letztlich eine Sonderrolle einnimmt: Als letzte Bastion für diejenigen Versicherten, die sich die Wahl des Leistungsorts oder des Leistungsanbieters nicht vorschreiben lassen wollen, sondern ganz unabhängig von den Zwängen des Managed Care selbst Manager ihrer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens bleiben wollen.

3.7.3 Kostenerstattung als Folge des Vertragswettbewerbs in der GKV

Mit dem WSG hat der Gesetzgeber das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung im Sachleistungsprinzip de jure endgültig aufgehoben. Die Krankenkassen haben alle Möglichkeiten, ihre bevorzugten Vertragspartner in der haus- und fachärztlichen Versorgung selektiv auszuwählen. Dazu stehen ihnen die Regelungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen fachärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V zur Verfügung.

Hinzu tritt die so genannte Integrationsversorgung nach §§ 140a ff SGB V, die nach dem Willen der Politik zu regionalen populationsbezogenen Vollversorgungsangeboten ausgebaut werden sollen, in denen die eingeschriebenen Versicherten möglichst ambulante und stationäre Versorgung, Arzneiver-sorgung, Rehabilitation von einer Anbieterorganisation („aus einer Hand“) erhalten sollen.

Die Krankenkassen sind zwar nicht aus der Kollektivver-tragspartnerschaft mit den KVen und deren Mitgliedern ent-

lassen oder von ihrem Kontrahierungszwang im stationären Sektor entbunden. Sie sollen und können nunmehr aber regelrechte Alternativsysteme der Versorgung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung aufbauen und die Versicherten durch geeignete Wahltarife an die Nutzung dieser Alternativsysteme binden. Diese Alternativsysteme zeichnen sich aus durch

- a rechtliche Abgrenzung (sie sind explizit nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung),
- b separate Finanzierung durch Bereinigung der Gesamtvergütung um die in die selektivvertraglich einbezogenen Leistungsbereiche sowie durch
- c die Maßgabe, dass die Ausgaben des in den Wahltarif einbezogenen Versichertenkollektivs im Zeitraum von drei Jahren durch die Einnahmen (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sowie ggf. Prämienzahlungen) gedeckt sein müssen.

Im Ergebnis handelt es sich um eine „Krankenkasse in der Krankenkasse“.

Die Tragweite dieser Entwicklung dürften die meisten Beobachter, verwöhnt durch die weitgehend homogene und reibungslose Organisationsleistung der Kollektivvertragssysteme, bisher noch nicht realisiert haben. Trotz des sie umgebenden Kollektivvertragssystems sind diese Alternativsysteme eine formal auf sich selbst gestellte Insel, die nicht auf unentgeltliche Nutzung der durch das Kollektivvertragssystem bereitgestellten Infrastrukturleistung rechnen kann. Dazu gehört z.B.

- die Nutzung der Vordrucke des Bundesmantelvertrags (z.B. Rezept- und Überweisungsformulare, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Krankentransport etc.),
- die Nutzung von EDV-Schnittstellen für die Übermittlung von Abrechnungsdaten, die Prüfung der Plausibilität und Wirtschaftlichkeit,
- die Geltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (insbesondere z.B. für die Verordnung von Arznei-

- und Heilmitteln sowie – in Teilen – für die Qualitätssicherung, z.B. Mindestmengen und Rezertifizierungen),
- ▶ die Sicherstellung und Gewährleistung insbesondere bzgl. des Not- und Bereitschaftsdienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung,
 - ▶ der Wechsel zu einem Hausarzt, der nicht Selektivvertragspartner ist,
 - ▶ die Inanspruchnahme weiterer Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung sowie fachärztlicher Leistungen ohne ausdrückliche Überweisung oder die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen an einem Ort (z.B. Urlaub, Dienstreise) außerhalb des KV-Bereichs, dessen Gesamtvergütung zu Gunsten des Selektivvertrags bereinigt worden ist.

Was das praktisch bedeuten kann, lässt sich am bisher prominentesten Beispiel eines geplanten Alternativsystems verdeutlichen, dem von der AOK Baden-Württemberg im Dezember 2007 ausgeschriebenen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit mindestens 3000 Hausärzten (~ ca. 45 Prozent der Hausärzte) in Baden-Württemberg. Kommt der Selektivvertrag zustande, ist davon auszugehen, dass die teilnehmenden Praxen eine nennenswerte Zahl ihrer Patienten zur Einschreibung in das Alternativsystem bewegen könnten. Für diese Versicherten würde jede Inanspruchnahme außerhalb des Alternativsystems – mit Ausnahme der Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung auf Überweisung – zwangsläufig nach dem Kostenerstattungsverfahren abgerechnet werden müssen. Für das System der vertragsärztlichen Versorgung handelt es sich de jure um Privatpatienten.

Da auch davon auszugehen ist, dass die AOK die Versichertenkarten nicht austauschen wird, besteht (bundesweit) das praktische Problem der Identifikation der fälschlich als „AOK-Sachleistungspatienten“ ausgewiesenen Versicherten. Dies könnte zur Folge haben, dass Versicherte der AOK Baden-Württemberg künftig vor der Behandlung eine Erklärung zu unterzeichnen haben, dass sie nicht in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben sind und im Falle einer fal-

schen Angabe die Behandlungskosten persönlich zu tragen haben. Die KV wird ihrerseits eine Identifikationsliste erzwingen müssen, die sie online-fähigen Praxen zugänglich machen kann oder für eine nachträgliche Rechnungsstellung erbrachter Leistungen für eingeschriebene Versicherte an die AOK Baden-Württemberg nutzen kann.

Unterstellt man, dass die Vertragspolitik der AOK Baden-Württemberg erst den zarten Anfang dessen markiert, was unter der bestehenden gesetzlichen Regelung bald von allen großen Krankenkassen arztgruppen- und ggf. sektorenübergreifend praktiziert werden wird, könnte man sich ein Szenario denken, bei dem die heutige Systemlogik auf den Kopf gestellt wird. Während heute das Kostenerstattungsprinzip als Ausnahme gilt, könnte künftig gelten: Wer sich nicht explizit als eingeschriebener Versicherter der Praxis (bzw. der Praxiskette oder des Anbietersystems) ausweisen oder seine Versicherungsdeckung online verifizieren kann, wird erst einmal als Kostenerstattungspatient behandelt.

Fazit

Das WSG wird das Gesundheitswesen in Deutschland zunehmend unübersichtlicher und komplexer machen. Die bisher klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV wird sowohl im Hinblick auf die Finanzierung der Versicherungssysteme wie auch im Hinblick auf die darin jeweils praktizierten Vergütungsprinzipien verwischt. Kostenerstattungs- und Sachleistungssystem werden auf verschiedenste Weise miteinander verwoben.

Mittelfristig muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Sozialversicherung bisher prägende Solidarsystem (gleicher Zugang zu einheitlicher Versorgung unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten) an Gestaltungswirkung verliert und durch den Tarif- und Vertragswettbewerb von Krankenkassen ersetzt wird. In dem Maße wie durch den Wettbewerb der individuellen Entscheidung des Versicherten mehr Raum im Gesundheitswesen gegeben wird, entstehen Perspektiven für eine breitere An-

wendung von Kostenerstattungsverfahren. Zudem ist mit Einführung des Gesundheitsfonds das Problem der nachhaltigen Finanzierung nicht gelöst; Kostenerstattungsstarife könnten sich politisch als ein Ausweg erweisen, die Versicherten schrittweise stärker an der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen, ohne dies durch politisch wenig opportune eindeutige Zuzahlungsregelungen zu erzwingen.

Wie weit die mit dem WSG angestoßene Veränderung geht, ist der Öffentlichkeit bisher weitgehend verborgen geblieben, da wesentliche Teile des Gesetzes erst nach und nach in Kraft treten und deren Auswirkungen wiederum erst mit Verzögerung spürbar werden. So werden die Folgen des WSG für die Bevölkerung voraussichtlich erst längere Zeit nach Einführung des Gesundheitsfonds und der vollständigen Neuausrichtung der Krankenkassen auf die damit verbundenen Anreizmechanismen erkennbar werden. Schätzungsweise fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesundheitsfonds, also etwa 2014, dürften sie vollends spürbar sein. Wenn die bis dahin eingetretene Entwicklung dann Gegenstand von Berichten und Kommentierung der breitenwirksamen Medien wird, dürfte die Erosion des Solidarprinzips in politisch genialer Weise unwiderruflich vollzogen sein: Im Rückblick könnte konstatiert werden, dass das WSG einen Virus setzte, der zu schleichendem Siechtum des Solidarprinzips führte, bis dieses selbst zu einem unattraktiven Organismus abgemagert ist, für dessen Erhalt sich politisch kaum noch erfolgreich kämpfen lässt. Als realistisches Szenario für die nächste Stufe der Gesetzgebung könnten dann Kostenerstattungsstarife auf vertraglicher Vereinbarung der Struktur- und Prozessqualität zwischen Krankenkassen und regionalen sektorenübergreifenden Anbieterorganisationen angesehen werden, die den Versicherten die Wahl des Selbstbehalts in Abwägung gegenüber der dadurch erreichten Teilhabe am Fortschritt bzw. dem Komfort des Zugangs zu Versorgung überlässt.

| 3.8

Kostenerstattung oder die „Echternacher Sprungprozeßion“ im Gesundheitswesen

Stefan Tilgner

Wohl kaum ein Thema bestimmt so konstant über Jahre hinweg die Diskussion jenseits der großen Gesundheitsreformdebatten wie die Frage, nach welchen Prinzipien die Abrechnung medizinischer Leistungen – in der gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft erfolgen soll: nach dem Kostenerstattungsprinzip oder dem bislang gemeinhin üblichen Sachleistungsprinzip? Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die Rahmenbedingungen zur Anwendung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV erneut verändert. Gesetzliche Krankenkassen können nun beispielsweise Wahltarife anbieten, die mit dem Prinzip der Kostenerstattung einhergehen. Für die Versicherten wurde die Wahl der Kostenerstattung vereinfacht. Zwar ist es zu früh für eine tragfähige Beurteilung, ob diese neuen Tarife tatsächlich angenommen werden. Eines jedoch scheint schon jetzt absehbar: Die Option auf die Wahl der Kostenerstattung bleibt bis auf weiteres die Ausnahme – und nicht die Regel. Zu stark ist die Sachleistung im System verankert, zu wenig der politische Wille vorhanden, sich kritisch mit ihr auseinander zu setzen. Die Debatte damit zu beenden, griffe jedoch zu kurz.

Bereits in der Vergangenheit gab es mehrere Anläufe, die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Nachdem dieses Recht ursprünglich freiwillig versicherten Ersatzkassenmitgliedern vorbehalten war, stand mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) aus dem Jahre 1989 die Kostenerstattung erstmals auch für die Bereiche Kieferorthopädie und Zahnersatz als Wahlmöglichkeit offen. Während das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 dann die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung zwar auf alle Leistungsbereiche ausdehnte, aber auf die freiwilligen GKV-Mitglieder

beschränkte, wurde durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) von 1997 – ähnlich wie nun GKV-WSG – die generelle Option der Kostenerstattung für alle Versicherten mit Auflagen eingeräumt. Bereits im Jahre 1999 mit Wechsel der Regierung und dem Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform 2000 wurde die Wahlmöglichkeit für gesetzlich Pflichtversicherte wieder abgeschafft, um mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab Januar 2004 allen gesetzlich Versicherten, d. h. sowohl freiwillig wie auch pflichtversicherten Personenkreisen, wieder offen zu stehen. Allerdings wurde die vermeintliche Wahlmöglichkeit mit einer Reihe von Auflagen verknüpft: Patienten, die sich für die Kostenerstattung entschieden, waren ein Jahr an diese Wahl gebunden. Außerdem wurde ihnen vor der Wahl eine Pflichtberatung durch die Krankenkasse oktroyiert. Hinzu kamen Abschläge auf den Erstattungsbetrag für „für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“. Die bewusste Schlechterstellung des Kostenerstattungsprinzips oder zwischendurch gar dessen Verhinderung zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Gesundheitspolitik.

Was jedoch hat die Gesundheitspolitik bewogen, das Wahlrecht auf Kostenerstattung einzuführen, auszuweiten, wieder einzuschränken, vollends abzuschaffen und anschließend wieder unter Auflagen einzuführen? Analogien zur „Echternacher Sprungprozession“ drängen sich auf. Zunächst bleibt festzuhalten, dass es offenkundig bis heute erhebliche Vorbehalte und kritische Positionen gegenüber der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt. Bislang standen sich die Kombattanten scheinbar unversöhnlich im Kampf für das jeweils favorisierte Prinzip gegenüber. Ebenso wie die Antwort auf die Frage nach Kostenerstattung oder Sachleistung Grenzsteine im parteipolitischen Terrain setzt, teilt sie auch die medizinischen Fachkreise in Lager.

Woher kommt diese Aufregung, handelt es sich doch vordergründig um nicht mehr und nicht weniger als um die praktische Organisation eines „Bezahlvorganges“? Tatsächlich geht es um weit mehr. Längst sind die Begriffe Chiffren dafür geworden, wie frei und wettbewerbsorientiert, respektive staat-

lich paternalistisch das deutsche Gesundheitssystem gestaltet sein soll. Vertreter des paternalistischen Ansatzes begründen die aus ihrer Sicht notwendige Beibehaltung des Sachleistungsprinzips vornehmlich mit der besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit weiter Bevölkerungskreise, da im Gesundheitswesen nicht die Nachfrage das Angebot bestimme. Genau dies wird von der Gegenseite heftigst bestritten, weil in unserer modernen Wirtschafts- und Informationsgesellschaft der selbstbewusste und mündige Versicherte sehr wohl Leistungen nachfrage und aktiv ins Leistungsgeschehen eingebunden sein möchte. Natürlich spielen auch handfeste Interessen bei dieser Auseinandersetzung eine Rolle. Während die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bei Umstellung auf das Kostenerstattungssystem mit einem erheblichen Bedeutungsverlust zu kämpfen hätte, begründen Vertreter der Hausärzte ihre kritische Haltung gegenüber der Kostenerstattung im Wesentlichen mit der vermeintlichen Schlechterstellung bei Abrechnung auf Grundlage der jetzigen Gebührenordnung für Ärzte. Außerdem fürchtet man ein hohes Inkassorisiko. Andere Gruppen wiederum lassen keinen Zweifel daran, dass sie mit der Einführung der Kostenerstattung vor allem die Hoffnung verbinden, neue Einkommensquellen erschließen zu können.

Da wundert es nicht, dass die Politik scheinbar hin- und hergerissen zwischen den Positionen das Tor zur Kostenerstattung von Reform zu Reform mal einen spaltbreit, mal etwas weiter, aber nie ganz aufstößt.

Die Ausgestaltung der jetzigen gesetzlichen Regelung ist ein deutlicher Beleg. Frei nach dem Motto „wasch mich, aber mach mich nicht nass“ wurde ein Wahlrecht auf Kostenerstattung mit den bekannten Abschlägen oder im Rahmen unterschiedlich ausgestalteter Wahltarife implementiert – ohne jedoch flächendeckend die Sachleistung als Prinzip abzulösen.

Dabei gibt es unbestreitbare Vorzüge der Kostenerstattung, die selbst eingefleischte Protagonisten der Sachleistung nicht leugnen. Es lohnt sich ein Blick in das bisher ausschließlich auf Kostenerstattung setzende, private System:

Stichwort »Transparenz und Kostenbewusstsein«

Mit Wahl der Kostenerstattung kommt ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande. Der Patient erhält damit nicht nur eine Rechnung, er selbst wird auch zahlungspflichtig gegenüber seinem Arzt. Erfahrungsgemäß sorgt allein diese bewusste Einbindung ins Abrechnungsgeschehen für eine verstärkte Sensibilität und ein intensiveres Interesse am Behandlungsgeschehen und dadurch entstehenden Kosten. Selbstbehalte fördern dieses Interesse weiter. Erfahrungen aus einzelnen KV-Bereichen mit sogenannten Patientenquittungen dienen diesbezüglich gerade nicht als Beweis des Gegenteils, da der Patient zwar eine Auflistung der durchgeführten medizinischen Leistungen erhält, aber nicht als Rechnungsempfänger eingebunden ist.

Stichwort »Bürokratie«

Die mit dem Sachleistungsprinzip verbundene Versorgungsrealität trägt planwirtschaftliche Züge. Budgetierung, Honorarverteilungsmaßstäbe, Wartelisten, Rationierungen aller Art, Einschränkungen im Bereich der Behandlungsfreiheit (Restriktion durch einen gesetzlichen Leistungskatalog), Kontrollinstitutionen – all dies hat in der Vergangenheit nicht dazu geführt, die Kostenentwicklung in den Griff zu bekommen. Mit Einführung der Kostenerstattung würde eine Vielzahl solcher Einrichtungen schlicht überflüssig, weil die Entscheidungshoheit über Behandlungsinhalte in erster Linie dem direkten Arzt-Patienten-Verhältnis überantwortet wird.

Stichwort »Zweiklassenmedizin«

Offensichtlich, weil die Kostenerstattung durchgängiges Prinzip im privaten Versorgungsbereich ist, wird von Befürwortern der Sachleistung häufig darauf hingewiesen, dass Kostenerstattung den meisten der gesetzlich Versicherten finanziell nicht zugemutet werden könne. Dabei zeigt schon jetzt

ein kritischer Blick auf die Einkommensstrukturen im Bereich der privaten Krankenvollversicherung, dass der weitaus größte Teil der Privatkrankenversicherten nicht der oberen, sondern vielmehr mittleren und unteren Einkommensgruppen zuzuordnen ist. Tatsächlich ist die Einkommensklasse hinsichtlich des Interesses an der Rechnungslegung und dem Behandlungsgeschehen völlig unerheblich.

Vielmehr steigt – und dies zeigen die Erfahrungen aus dem Bereich der PVS – das Selbstbewusstsein und damit das Anspruchsverhalten des Patienten, in die Entscheidung über Art und Umfang von Behandlung eingebunden werden zu wollen in dem Maße, in dem ihnen das entsprechend notwendige Maß an Entscheidungshoheit zugesprochen wird – also über die Rolle des Adressaten einer Rechnung. Der Wandel vom öffentlich rechtlichen Beziehungsgeflecht im Sachleistungsbereich hin zum privatrechtlichen Vertragsverhältnis im Kostenerstattungssegment ist also entscheidend.

So ist es paradoxerweise allein der Rechnungsempfängerstatus, der einer echten Zweiklassenmedizin wirksam vorbeugt. Denn aus vielen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen ist bekannt, dass dort nur diejenigen in den Genuss einer besseren Versorgung kommen, die sich jenseits der offiziellen Zuteilungswege über entsprechende Barmittel einen direkten Zugang zur medizinischen Versorgung kaufen können.

Stichwort »Überforderung«

Die Zugehörigkeit zu unteren Einkommensgruppen wird als Begründung für die politische Zurückhaltung gegenüber dem Kostenerstattungssystem auch deshalb ins Feld geführt, da der Zahlungsvorgang an sich den einzelnen schnell überfordern könnte. Immerhin leben derzeit rund 41 Prozent der Bevölkerung von Transferleistungen. Hieraus lässt sich jedoch eine prinzipielle Überforderung der gesetzlich versicherten Bevölkerungskreise nicht ableiten. Im Gegenteil zeigt der Blick aufs private System wie der Bewusstseinswandel und damit der Lerneffekt durch Kostenerstattung einsetzt. Zwar lassen sich

grundsätzlich über eine dem Erstattungsverhalten der Versicherung, respektive der Krankenkasse, angepasste Zahlungsfrist finanzielle Härten weitgehend ausschließen. Ungeachtet dessen wird es selbstverständlich immer einen kleinen Bevölkerungsanteil geben, der mit dem Kostenerstattungsvorgang überfordert sein dürfte. Die Versorgung dieser Personenkreise ist eine solidarische Aufgabe der Gesamtgesellschaft. Dabei erscheinen Lösungen im Sinne einer freien Heilfürsorge ratsam.

Allerdings sollte dies den Blick auf einen weitaus wichtigeren Aspekt nicht verstellen, nämlich ein verändertes Selbstbewusstsein der Patienten. Es ist bemerkenswert, dass die Nettoeinkommen (und damit das frei verfügbare Kapital) gemessen am europäischen Durchschnitt in Deutschland über Jahre rückläufig sind und so am unteren Ende der Skala dümpeln.

Im Verhältnis steht also weniger Geld für solche Dinge zur Verfügung, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Ein deutlicher Beleg ist der Absatzboom im Bereich der sogenannten Lebensmitteldiscounter. Andererseits jedoch erleben wir ein rasantes Wachstum im „Wellness- und Lifestyle“-Segment, für den die Deutschen nach Branchenschätzungen allein im Jahr 2005 rund 74 Mrd. Euro ausgegeben haben. Die Prognose für 2010 lautet 100 Mrd. Euro – Tendenz steigend. Trendforscher bestätigen, dass Verbraucher ihr Geld zunehmend strategisch einsetzen. Sie kaufen vieles preisgünstig ein, um sich dann als Ausdruck ihrer Individualität etwas Exklusives und Luxuriöses leisten zu können. Hier muss die Frage erlaubt sein, welche Wertigkeit die Gesundheitsversorgung für die Gesellschaft, aber auch für den Einzelnen hat. Gibt es hier eine Differenz der Wertigkeiten? Das vermeintlich höchste Gut des Menschen, die Gesundheitsversorgung, rangiert gemessen an der Politik der letzten Jahrzehnte in der gesellschaftlichen Hierarchie zumindest nicht auf den vordersten Plätzen. Dabei zeigt auch das individuelle Nachfrageverhalten in den Praxen ein gesteigertes Selbstbewusstsein und die Erwartung, eigenverantwortlich und kostenbewusst auf die Behandlung Einfluss nehmen zu können. Die Entwicklungen im so genannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ untermauern diesen Wandel. Vor

dem Hintergrund der Neuregelungen im § 13 SGB V scheint der Politik also bewusst geworden zu sein, dass dem veränderten Selbstbewusstsein der Bevölkerung nur durch die Gewährung größerer Freiheitsrechte im Bereich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Rechnung getragen werden kann.

Stichwort »Inkassorisiko«

Natürlich bedeutet die Abkehr von einem öffentlich-rechtlich organisierten Vergütungssystem und die damit einhergehende Verlagerung der Abrechnung in die Praxis auch eine Übertragung des Inkassorisikos auf den behandelnden Arzt. Jedoch sind die zuweilen veröffentlichten Szenarien wohl eher propagandistischer Natur und weniger auf Basis valider Zahlen zustande gekommen. Auch hier lohnt der Blick in den Bereich der Privatliquidation. Bei den Privatärztlichen Verrechnungsstellen liegen die effektiven Honorarausfälle mit rund 0,3 Prozent bei insgesamt fast 16 Millionen Transaktionen in einem vernachlässigbaren Rahmen.

Es steht also zu vermuten, dass mit Einführung der Kostenerstattung und der damit einhergehenden Einbindung des Patienten ins Leistungsgeschehen eine Reihe von Vorteilen, insbesondere auch im Hinblick auf die Steuerung des Gesundheitswesens verbunden wären. Dies heißt nicht, dass nicht auch das Sachleistungsprinzip einige Vorzüge hätte, wie zum Beispiel eine einfache und schnelle Abwicklung für den Patienten, die er als ein „Outsourcing“, als eine Befreiung von unschönen Lasten, empfinden könnte.

Im Übrigen ist es nicht gerade Ausdruck von Modernität, dass bei der Kostenerstattung zunächst der Arzt einen Brief auf dem Postweg an den Patienten schickt, den dieser – zumindest in den allermeisten Fällen – dann wiederum an seine Versicherung zwecks Erstattung, ebenfalls auf dem Postweg weiterleitet. Hier erscheint die Abwicklung nach dem Sachleistungsprinzip für den Patienten – zumindest was die einmalige Abgabe der Versichertenkarte angeht – im Vorteil. Stellt sich

also die Frage, wie beide Prinzipien miteinander sinnvoll verknüpft werden können.

Kostenerstattung + Clearing

Auch in diesem Punkt könnten Erfahrungen aus einem Pilotprojekt der Privatärztlichen Verrechnungsstellen interessante Aufschlüsse bieten. Während des Clearingverfahrens erfolgt eine direkte Übermittlung von Abrechnungsdaten an die private Krankenversicherung – und ähnelt darin dem Prozedere im Sachleistungsprinzip. Konkret wird dabei die Rechnung von der PVS auf der Basis einer gesicherten Infrastruktur online auf einen Zentralrechner übertragen. Zeitgleich erhält der Patient ebenfalls eine Rechnung gleichen Inhalts, sei es auf dem Postweg oder – je nach technischer Verfügbarkeit – ebenfalls über Onlineverfahren. Im weiteren Verlauf entscheidet der Patient, ob die Rechnung zur Erstattung durch die private Krankenversicherung freigegeben werden soll oder ob er beispielsweise aufgrund einer Selbstbehaltregelung selbst die Kosten tragen will. Sofern die Freigabe erfolgt ist, kann mittels entsprechendem Code oder Passwort die private Krankenversicherung auf die jeweilige Rechnung zugreifen. Durch dieses Verfahren lassen sich nicht nur Prozesskosten einsparen, sondern vor allem eine Beschleunigung des Erstattungsprozedere erzielen. Entscheidend ist: Der Patient bleibt Herr im Geschehen. Er bestimmt über die Frage, was mit einer Rechnung geschehen soll. Hierin könnte eine sinnvolle Verknüpfung beider Abrechnungsprinzipien liegen. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Politik den Mut besitzt, ideologische Barrieren zu überwinden.

Verantwortungsvolle Gesundheitspolitik muss umsichtig mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen umgehen und alle Mittel einsetzen, die das Kostenbewusstsein stärken und Verwaltungsabläufe optimieren. Das spricht für Kostenerstattung und Clearing. Verantwortungsvolle Politik weiß, dass ihr ein Mandat von mündigen Bürgern erteilt wurde, in deren Pflicht sie steht. Das spricht dafür, den Schutzauftrag des Staates zu bedenken.

| 4

Kostenerstattung aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Bei Einführung der Kostenerstattung in der GKV mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) standen fast alle gesetzlichen Krankenkassen diesem Projekt deutlich ablehnend gegenüber. Eines der zentralen Argumente war dabei die grundlegende Frage nach dem Versicherungsprinzip: Ist die Einführung des privatversicherungsrechtlichen Strukturprinzips der Kostenerstattung in der GKV machbar und vor allem sinnvoll?

Diese Frage lässt sich mit den in den vergangenen Jahren gemachten Erfahrungen mit Sicherheit zumindest folgendermaßen beantworten: Erfolgreich war sie nicht! Der Anteil der Versicherten, die die Kostenerstattung gewählt haben, ist GKV-weit doch recht übersichtlich geblieben. Bei der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) haben sich von den knapp zwei Millionen Versicherten rund 5.000 Versicherte für die Kostenerstattung entschieden, fünf Prozent davon haben die Entscheidung inzwischen wieder rückgängig gemacht.

Die Nachfrage der Kunden hält sich also deutlich im Rahmen des Promille-Bereichs. Dies war absehbar: Während sich der Vorteil für die Versicherten mit Kostenerstattung darauf beschränkt, vor dem Leistungserbringer gewissermaßen als „Privatpatient“ zu gelten, sind die Nachteile und Aufwände massiv. Abgesehen von der zusätzlich zu zahlenden Verwaltungspauschale bleibt der Versicherte mit ziemlicher Gewissheit finanziell auf einer nicht unwesentlichen Differenz zwischen Erstattung und tatsächlichen Kosten sitzen. Und eben diese mögliche finanzielle Unsicherheit ist es, die die Nachfrage nach dem Kostenerstattungsprinzip in der GKV so gering hält.

Ein weiteres wichtiges Argument in der Diskussion um das GMG hinsichtlich der Kostenerstattung war das geflügelte Wort der „Patientensouveränität“. Der Versicherte sollte prinzipiell die Möglichkeit der Wahl bekommen, wie sei-

ne Gesundheitsversorgung abgerechnet wird. So weit, so gut. Es lässt sich jedoch trefflich darüber diskutieren, ob der Versicherte mit der Möglichkeit zur Kostenerstattung plötzlich – gewissermaßen von einem Tag auf den nächsten – zu einem souveränen Patienten geworden ist.

Doch wann ist das wirklich der Fall? Grundvoraussetzung hierfür ist, dass der Patient – zumindest annähernd – auf gleicher Augenhöhe mit dem Arzt ist; wenn er zumindest ansatzweise beurteilen kann, welche Behandlungsmöglichkeiten es für seine Krankheit überhaupt gibt und welche entsprechend optimal wäre. Dies hat jedoch nichts mit der Finanzierung der Gesundheitsleistung zu tun! Es wäre Aufgabe der Krankenversicherung, ihren Versicherten möglichst umfassend über sein spezielles Krankheitsbild und die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, ihm medizinisch fundierte Empfehlungen an die Hand zu geben. Nur ein gutes Versorgungsmanagement durch die Krankenkassen kann gewährleisten, dass sich das Ideal des souveränen Patienten zumindest weitgehend erreichen lässt. Die Souveränität des Patienten entwickelt sich vorrangig an der Leistungsfähigkeit seiner Versicherung in der Beratung.

Sofern aber die Souveränität des Patienten ausschließlich daraus besteht, dass er – mit der Kostenerstattung – prinzipiell zwar die Möglichkeit hat, Gesundheitsleistung jeglicher Art einzukaufen, jedoch nicht wirklich darüber informiert ist, ob diese Leistungen auch sinnvoll für ihn sind, handelt es sich höchstens um eine vermeintliche Eigenverantwortung. Souverän wäre der Patient nur, wenn er auch weiß, was er „einkauft“. Ein objektives und interessenfrei vermitteltes Wissen über Therapiemöglichkeiten und über die Qualität der jeweiligen Leistungserbringer ist der Weg dorthin, das Werkzeug heißt Versorgungsmanagement.

Auch dem Argument des stärkeren Kostenbewusstseins ist zu widersprechen. Zumindest hinsichtlich der Kosten des Gesamtsystems, der solidarischen Krankenversicherung: Diese würden gleich bleiben, da sich die Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse ausschließlich an den Kosten für die

erstattungsfähigen Sachleistungen orientiert. Die GKV wird damit weder be- noch entlastet. Kostenbewusstsein kann der Versicherte nur in Bezug auf seine eigenen, seine persönlichen Kosten walten lassen. Und hier steht zu befürchten, dass dieses vermeintliche Kostenbewusstsein im wahrsten Sinne des Wortes auf Kosten der Qualität und medizinischen Effizienz geht, sobald der Versicherte in persönliche finanzielle Engpässe geraten sollte. Hierin liegt die eigentliche Krux der Kosten-erstattung: Sie kann – zumindest bei weiten Teilen einer nicht ausreichend situierten Bevölkerung – schnell zu finanzieller Überforderung führen.

Der Leistungserbringer darf nach der Gebührenordnung für Ärzte respektive Zahnärzte je nach Leistungsbereich den Preis für eine Teilleistung ohne Begründung mit Steigerungsfaktoren – bei besonderen Leistungen bis zum 3,5-fachen – multiplizieren. Diesen Steigerungsfaktor kennt das System der GKV nicht. Entsprechend werden lediglich die Kosten übernommen, die auch bei der Sachleistung anfallen würden. Während das Strukturprinzip Kostenerstattung in die GKV eingeführt wurde, galt dies nicht für den klar daran gekoppelten Steigerungsfaktor. Die Differenz zahlt der Versicherte.

Bringt das Kostenerstattungsprinzip mehr Qualität ins Gesundheitssystem? Wohl kaum. Es ist richtig, dass der Versicherte – vor allem, wenn er nicht an den Leistungskatalog gebunden ist – die größere Auswahl hat zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten. Aber dies heißt nicht automatisch, dass er damit auch – zumindest im Verhältnis zum Preis – eine bessere Qualität wählt, beziehungsweise diese sich damit „am Markt“ durchsetzt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die PKV – gerade auch mit den Neuerungen zu Managed Care über die Novellierung des Versicherungsvertragsgesetzes – inzwischen verstärkt die Steuerung ihrer Versicherten in die Hand nimmt, um einer fehlgeleiteten, nicht effizienten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten – also einer gewissermaßen „dummen“ Kosten-erstattung – entgegen zu wirken. Auch hier gilt: Der souveräne, kosten- und qualitätsbewusste Patient entwickelt sich über sei-

ne Zusammenarbeit mit seinem jeweiligen Krankenversicherer. Ein gutes Versorgungsmanagement des Versicherers – egal, ob gesetzlich oder privat – ist der Weg zur Patientensouveränität, zu Qualität und Effizienz. Kostenerstattung ausschließlich um der Kostenerstattung willen löst keines der Probleme im Gesundheitssystem. Dies hat inzwischen auch die PKV gemerkt und begonnen, sich darauf einzurichten – nicht zuletzt mit ihrer Strategie „Qualitätsstandard Privatmedizin“.

Insgesamt verhält es sich folgendermaßen: Alle für die Kostenerstattung vorgebrachten Argumente, die mit Blick auf Patientensouveränität, Kostenbewusstsein und andere, eher an der Mentalität des Versicherten orientierten Aspekte argumentieren, sind Teil einer Scheindiskussion. Diskutiert man über die Kostenerstattung, dann diskutiert man ausschließlich über Finanzierungsprinzipien und -modalitäten – und über nichts anderes. Für den Versicherten, der die Kostenerstattung wählt, besteht ein deutlich erhöhtes finanzielles Risiko. Für die Krankenkassen selbst hingegen geht es um nichts weniger als um den Umbau eines fundamentalen Strukturprinzips. In der GKV ist das Sachleistungsprinzip die Grundlage für die solidarische Finanzierung von Krankheitsrisiken für alle Menschen, unabhängig von deren materieller Situation. Es ist der Garant dafür, dass alle Versicherten alles medizinisch Notwendige und Sinnvolle erhalten. Das Sachleistungsprinzip basiert nicht auf dem persönlichen Krankheitsrisiko des Versicherten, sondern auf dem Solidarprinzip.

Bei der Kostenerstattung in der GKV geht es um nichts anderes als um die Einführung des Strukturprinzips der PKV – und somit um die schrittweise Angleichung dieser beiden Systeme. GKV und PKV stehen seit Jahren nebeneinander als zwei sehr unterschiedliche Versicherungsprinzipien. Beide haben als Systeme ihre völlige Berechtigung, ebenso ihre klare Trennung voneinander. Das Aufweichen dieser begründeten Grenzen, wenn nicht sogar ihre Aufhebung, scheint eines der langfristigen Ziele der aktuell politisch Verantwortlichen. Wenn wir über die Kostenerstattung reden, dann reden wir über eine politische gewollte Angleichung der beiden Systeme.

Inzwischen hat diese Angleichung eine neue Zuspitzung erfahren: Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz ist es den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht worden, ihren Versicherten einen Wahltarif Kostenerstattung anzubieten. Ob dieser Wahltarif bei den Versicherten auf Nachfrage stößt, bleibt abzuwarten. Hohe Wellen geschlagen haben hingegen bereits erste realisierte Ansätze, die Chefarztbehandlung und Einbettzimmer in den Vordergrund stellen. Dies wäre das Einfallstor der GKV in das Geschäftsmodell der PKV. Die Schwierigkeit: Mit dem Wahltarif Kostenerstattung haben die GKV-Anbieter die Möglichkeit, Kosten zu erstatten für Leistungen, die nicht Teil des Leistungskatalogs sind, wie beispielsweise besagtes Einbettzimmer. Und eben die Tatsache, dass diese Entwicklung offensichtlich politisch gewünscht ist, macht deutlich, wohin die Reise gehen soll.

Sicherlich war es für viele Beobachter befremdlich, dass die Einführung der Kostenerstattung in der GKV mit dem GMG vor allem von den Leistungserbringern unterstützt wurde, die über den Steigerungsfaktor vor allem von der PKV profitieren, während die Möglichkeit zu Wahlтарifen zur Kostenerstattung in der GKV hingegen von der PKV auf das Heftigste bekämpft wird. Befremdlich deshalb, weil ein bisschen Kostenerstattung in der GKV – als möglicher Vorteil für die Leistungserbringer – anscheinend zwar gut zu Pass kam, ein bisschen mehr Kostenerstattung – in Form der Wahlтарife – jedoch dem Leistungsträger PKV offensichtlich etwas zu viel des Guten war. Anders herum wird ein Schuh daraus: Die Möglichkeit der Kostenerstattung in der GKV über das GMG war der Einstieg, die Wahlтарife – aufgrund der aktuellen politischen Verhältnisse – der fast logische nächste Schritt. Auch wenn man diesem verschütteten Wein nicht mehr hinterher trauern kann: Der Fehler lag im ersten Schritt, in der grundsätzlichen Einführung des Strukturprinzips Kostenerstattung in das System der GKV.

Ein besonderes Problem beim Wahlтарif Kostenerstattung ist sicherlich auch die Gefahr ihrer Querfinanzierung. Wenn auch gesetzlich gefordert, ist es kaum hundertprozentig auszuschließen, dass es diese in einzelnen Fällen in der

GKV geben könnte. Anders sieht dies bei der PKV aus: Hier ist weitestgehend die individuelle Finanzierung des einzelnen Versicherten berechnet, es besteht eine klare Trennung. Bei den Wahltarifen der GKV ist dies nicht zwangsläufig der Fall. Kurz: Das Prinzip der Kostenerstattung entspricht auch in dieser Hinsicht originär dem Finanzierungssystem der PKV, nicht dem der GKV.

Auch wenn es sicherlich richtig ist, dem Pflichtversicherten prinzipiell – rein aus Gründen der Wahlmöglichkeit – die Kostenerstattung zu ermöglichen, liegt es nahe, zur Erfüllung dieses Anspruches die Anbieter privater Assekuranz zu nutzen. Anders ausgedrückt: Wahltarife zur Kostenerstattung in der GKV über die jeweiligen Kooperationspartner der Kassen bei der PKV als private Zusatzversicherung anzubieten, ist ein sinnvoller Weg.

Ein Rückgriff auf Zusatzversicherungen der PKV wäre zudem insofern vorteilhaft, weil hier jahrelange Erfahrung und das Know-how zur Kostenerstattung bestehen. Diese müssten – verbunden mit dem Aufbau der notwendigen Ressourcen – bei den gesetzlichen Krankenkassen erst geschaffen werden. Notwendig hierfür wären nicht unwesentliche Investitionen für die gesetzlichen Krankenkassen. Ein „Outsourcing“ der GKV-Wahltarife zur Kostenerstattung an die PKV wäre ein pragmatischer Umgang mit der gesetzlichen Vorgabe zu den GKV-Wahltarifen zur Kostenerstattung, der die bestehenden Strukturen optimal nutzt. Entscheidet sich eine gesetzliche Kasse jedoch, die entsprechenden Investitionen zu tätigen und Kostenerstattungstarife selbst anzubieten, so ist dies eine legitime Handlungsoption in einem wettbewerblich geprägten Markt.

Es bleibt abzuwarten, in welchem Umfang diese Wahltarife nachgefragt werden. Sollten die Wahltarife zur Kostenerstattung von den anbietenden Kassen selbst – und nicht über private Kooperationspartner – bewerkstelligt und in größerem Ausmaße von den Versicherten genutzt werden, ist zumindest ein Verschwimmen der Grenzen zwischen sozialen und privaten Versicherern vorgezeichnet.

Während die rechtlichen Entscheidungen zur Kostenerstattung in der GKV außerhalb des Leistungskatalogs noch nicht abschließend gefällt waren, hatte die Bundesregierung auf eine Anfrage des FDP-Abgeordneten Daniel Bahr deutlich bestätigt, dass die Ausweitung der Kostenerstattung auf Leistungen wie Einbettzimmer und Chefarztbehandlung politisch klar gewünscht ist. Bekanntermaßen wird man die Geister, die man rief, nur schwerlich wieder los.

Auch zukünftige rechtliche Entwicklungen auf EU-Ebene werden voraussichtlich diesen Weg weiter vorgeben. Dabei steht zu befürchten, dass die normative Kraft des Faktischen jegliches argumentatives Für und Wider beiseite schieben könnte. Dies würde – sowohl für die GKV als auch für die PKV – mit der Vermengung der beiden Versicherungsprinzipien die Gefahr eines grundlegenden Systemwechsels mit sich bringen. Da jedoch die klare Abgrenzung beider Systeme ihre volle Berechtigung hat, lässt sich diese Entwicklung nur mit Sorge betrachten.

Fazit

Die Kostenerstattung ist ein originäres Strukturprinzip der PKV. Mit der Einführung dieses Prinzips in die GKV wurde das Einfallstor zur Angleichung der beiden Systeme geschaffen. Mit der neuen Möglichkeit für die GKV, auch Wahltarife zur Kostenerstattung anzubieten, wurde ein weiterer Schritt in diese Richtung getan: Während mit der Kostenerstattung nach dem GMG nur Leistungen aus dem Sachleistungskatalog erstattungsfähig waren, wurde mit der Einführung der Wahltarife zur Kostenerstattung deutlich darüber hinaus gegangen. Soll dem gesetzlich Pflichtversicherten – was aus Gründen der Wahlfreiheit gut und sinnvoll ist – eine Kostenerstattung auch über den Leistungskatalog hinausgehend ermöglicht werden, wäre eine Realisierung über Zusatzversicherungen der PKV der einfachste und sinnvollste Weg. Bereits bestehende Ressourcen und praktische Erfahrungen würden optimal genutzt, mas-

Kostenerstattung aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

sive Investitionen und der Aufbau neuer Strukturen in der GKV
würden vermieden.

| 4.2

Kostenerstattung in der GKV – eine Bestandsaufnahme

Prof. Dr. Norbert Klusen

Gesetzlich Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistung die Kostenerstattung wählen. Während diese Option bis Ende 2003 jedoch nur für freiwillige Mitglieder sowie deren familienversicherte Angehörige bestand, wurde der wahlberechtigte Personenkreis durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 1. Januar 2004 erweitert. Seitdem können alle Versicherten und damit auch die versicherungspflichtigen Mitglieder sowie deren Angehörige die Kostenerstattung wählen. Das im April in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat insbesondere durch die Option zu Wahltarifen für neue Kostenerstattungsangebote gesorgt. Dennoch fällt die derzeitige Regelung hinter die bis 2003 gültige Gesetzgebung zurück, was vor allem an geringeren Wahlmöglichkeiten beim Geltungsbereich und der Dauer der Bindungsfrist an die Kostenerstattung liegt.

| **Kostenerstattung ergänzt Sachleistungen**

Die Techniker Krankenkasse (TK) setzt sich für Kostenerstattungsangebote ein, weil Versicherte darüber ihre Leistungen individuell abrechnen können. Die Behandlung auf Arztrechnung ist jedoch kein Ersatz für die in der gesetzlichen Krankenkasse übliche Abrechnung per Versichertenkarte, sondern sie ergänzt sie. Anhängern eines vollständigen Systemwechsels halte ich entgegen, dass sie beim derzeit in der PKV praktizierten Kostenerstattungsverfahren Steuerungsinstrumente aufgeben, die den Versicherten eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung sichern. Die Krankenkassen könnten die Versorgung zwar auch in einem Kostenerstattungssystem grundsätzlich durch individuelle Ver-

träge mit Ärzten steuern. Die meisten Menschen wünschen allerdings die einfache Abrechnung über die Versichertenkarte.

Die Versicherten können dabei alle medizinisch notwendigen Leistungen über die Krankenversicherungskarte in Anspruch nehmen. Die Leistungen sind vertraglich geregelt und der Versicherte muss nicht erst mit dem Arzt über den Umfang und die Kosten eines Eingriffs verhandeln. Der Versicherte kann sich darauf verlassen, dass er jederzeit eine qualitativ hochwertige Versorgung bekommt. Zuzahlungen oder Eigenanteile wie beim Zahnersatz sind transparent geregelt. Darüber hinaus trägt der Versicherte kein finanzielles Risiko. In einem reinen Kostenerstattungssystem wäre er in der Rolle eines „Verhandlungspartners“, die er in aller Regel mangels medizinischer Fachkompetenz nicht ausfüllen kann.

Bei Sachleistungen kann die GKV durch Verträge mit den Leistungserbringern Inhalt, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zum Vorteil der Versicherten steuern. Bei der Kostenerstattung in der heute in der PKV üblichen Form fehlen solche Steuerinstrumente.

Die Kunden verlangen individuelle Lösungen

Bis 2003 konnten die Versicherten auch für einzelne Leistungsbereiche, zum Beispiel nur für eine bestimmte Facharztfachrichtung, die Kostenerstattung wählen. Seit 2004 ist dies erheblich eingeschränkt. Die Versicherten konnten nur noch zwischen der Kostenerstattung für alle GKV-Leistungen und für den Teilbereich der ambulanten Behandlung wählen. Der Gesetzgeber hat außerdem die einst weitgehend freie Gestaltungshoheit der Krankenkasse bezüglich der Bindungsfrist abgeschafft. Seitdem müssen sich die Versicherten bei der Kostenerstattungswahl für mindestens ein Jahr festlegen. Die Kostenerstattung wurde damit sehr unattraktiv für die Mitglieder. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat die Auswahl wieder erweitert. Nun können die Versicherten die Kostenerstattung für alle Leistungen, für den ärztlichen, den zahnärztlichen oder den stationären Teilbereich sowie für ärztlich ver-

ordnete Leistungen wählen. Die jüngste Gesundheitsreform erlaubt damit jedoch nicht so individuelle Lösungen, wie sie noch vor 2004 möglich waren.

Die eingeschränkte Auswahl und die Mindestlaufzeit von einem Jahr machen die Kostenerstattung für die Versicherten, nicht zuletzt aufgrund des damit verbundenen finanziellen Risikos, unattraktiv. Diese Vorgaben entsprechen nicht den Bedürfnissen der Versicherten und haben zu einer deutlich geringeren Nachfrage geführt, was für die gesetzlichen Krankenkassen ein Nachteil im Wettbewerb mit der PKV bedeutet. Auch die unterschiedlichen Regeln für Behandlungen im EU-Ausland und in Deutschland sind weder nachvollziehbar noch vermittelbar. Während die Kostenerstattung im Inland zunehmend eingeschränkt wurde, können die Versicherten ihre Leistungen nach Vorgaben der Europäischen Union nämlich im EU-Ausland durchaus noch selektiv und ohne Bindungsfristen wählen.

Bei der jüngsten Gesundheitsreform gibt es allerdings auch einige wenige Lichtblicke: Die Option auf Wahltarife gehört dazu. Sie beleben den Wettbewerb zwischen den Kassen, aber auch zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Mit den über Kostenerstattung abgerechneten Tarifen TK-Privat erhalten unsere Versicherten mehr Freiheiten, ihre Krankenversicherung stärker als bisher an persönlichen Wünschen und Bedürfnissen auszurichten.

Wer sich als Privatpatient behandeln lassen möchte, kann über den Tarif TK-Privat Praxis beispielsweise bis zum 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte mit der TK abrechnen. Auch apothekenpflichtige aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Pflanzenheilkunde und Anthroposophie, die von der Regelversorgung ausgeschlossen sind, erstattet die TK über den Tarif Privat-Natur-Arznei. Weitere attraktive Angebote werden folgen.

Die TK nutzt die neuen Möglichkeiten konsequent und bringt innovative Lösungen auf den Markt. Unabhängig von den Wahlтарifen wäre allerdings auch bei den bisherigen Tarifen eine attraktivere Kostenerstattung wünschenswert und not-

wendig für den Wettbewerb. Angesichts der unterschiedlichen Bedürfnisse unserer Kunden brauchen wir mehr individuelle Angebote. Das stärkt die gesetzliche Krankenversicherung und es bindet einkommensstarke Mitglieder weiterhin an das GKV-System.

Fazit

Neue Gestaltungs- und Wahlangebote für eine kleine Gruppe von Versicherten, die aus persönlichen Gründen Kostenerstattung wählen, liefern kein Argument für einen grundlegenden Systemwechsel und die Abkehr von der Abrechnung per Krankenversicherungskarte. Durch Verträge mit Leistungserbringern können die Krankenkassen im bestehenden System Inhalt, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Interesse der Versicherten steuern. Bei der Kostenerstattung, wie sie heute praktiziert wird, ist dies nicht möglich. Außerdem schätzen nur wenige Versicherte das für sie aufwändige Verfahren der Kostenerstattung. Die Abrechnung per Kundenkarte wird von den meisten als servicefreundlicher empfunden.

Dennoch sollten Versicherte, die mehr Eigenverantwortung und mehr Freiheiten wünschen, auch spezielle Angebote der gesetzlichen Krankenkassen wählen können. Durch die Kostenerstattungstarife können die Versicherten ihre Krankenversicherung stärker als bisher an persönlichen Wünschen und Bedürfnissen ausrichten. Damit können Menschen im solidarischen System gehalten werden, die sonst in die PKV abwandern würden. Die Versicherten erwarten individuell zugeschnittene, maßgeschneiderte Lösungen. Deshalb müssen wir uns verstärkt auf die Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen einstellen.

Die TK unterstützt die Versicherten deshalb in ihrem Wunsch nach mehr Eigenverantwortung. Dazu zählt auch, dass sie über alternative Versorgungsformen wie die Kostenerstattung entscheiden können. In den vergangenen Jahren wurden frühere Gestaltungsmöglichkeiten bedauerlicherweise

eingeschränkt. Die TK setzt sich für die (Wieder-)Einführung weitergehender Angebote auch für einzelne Leistungsarten, Behandlergruppen und Behandler ein. Die Entscheidung darüber, wie lange die Kunden an solch eine Wahl gebunden sind, sollten die Krankenkassen wieder selbst regeln können.

| 4.3

Kostenerstattung in der GKV – Chance oder Risiko?

Ralf Sjuts

Wer die Wahl hat, hat die Qual“ heißt es im Volksmund. Wer die Wahl hat, hat aber auch die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen. Seit der Gesundheitsreform können Krankenkassen all ihren Versicherten erstmals Wahltarife anbieten. Ein notwendiger Schritt in Richtung Wettbewerb, der hart erkämpft werden musste. Die neuen Tarife sind erstmals individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten.

| **Türöffner Gesundheitsreform**

Die Reform 2007 ist vollbracht, und inzwischen wird sie auch von den einst heftigsten Gegnern als das verstanden, was sie auch ist: ein Türöffner für die Trends, die den Gesundheitsmarkt der Zukunft bestimmen werden. Mit neuen Wahlтарifen zum Beispiel, die nicht mehr nur freiwillig Versicherten, sondern auch Pflichtversicherten angeboten werden können, oder individuell auf die Bedürfnisse der Kunden zugeschnittenen Produkten, werden sich Krankenkassen erstmals für den Verbraucher unterscheidbar machen. Dies wird zu einem Aufbrechen der derzeit homogenen Struktur des GKV-Marktes führen, zu mehr Wettbewerb und langfristig zu einer Liberalisierung des Marktes.

Eine Antwort bleibt die Reform jedoch durchaus schuldig: Wie kann die solidarisch finanzierte GKV dauerhaft und auf hohem Niveau gesichert werden? In puncto Finanzreform ist klar: Ziel verfehlt! Prognostiziert waren bis zu 1,5 Milliarden Euro direkte Einsparungen durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG). Übrig bleiben vielleicht 500 Millionen; das entspricht 0,1 Prozentpunkten in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung. Doch wo ist das Geld geblieben? Der ursprünglich geforderte Beitrag der Krankenhäuser wurde auf 250 Millionen Euro halbiert. Gleiches passierte bei den Apothekern. Die Rettungsdienste – anfangs mit einem Sparbeitrag von rund 100 Millionen eingeplant – wurden vollständig verschont. Einerseits verständlich: Insbesondere die Krankenhäuser stoßen bereits an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit. Irgendwann ist die Zitrone ausgequetscht und dann leidet die Qualität der Versorgung. Andererseits müssen das nun die Krankenkassen ausbaden. Sie sollen die fehlenden Beiträge irgendwie erwirtschaften.

Ein weiterer Wehrmutstropfen: Die private Krankenversicherung (PKV) wird nicht am Gesundheitsfonds beteiligt und entzieht sich somit weiterhin einem Minimum an Solidarität. Bitter für den Verbraucher: Die angekündigte Beitragssenkung fand nicht statt. Rund die Hälfte aller Krankenkassen musste um durchschnittlich 0,6 Prozent erhöhen. Zwischen der günstigsten bundesweit geöffneten Krankenkasse (12,0 Prozent) und der teuersten (15,5 Prozent) ist heute eine Differenz von 3,5 Prozent zu verzeichnen.

Davon werden – zumindest noch im nächsten Jahr – die Kassen profitieren, die überwiegend junge und gesunde Kunden versichern. Sie können ihre Verwaltungskosten durch weniger Beratung und Betreuung gering halten. Schließlich finanzieren sie keine Filialen, keinen persönlichen Service und kaum Versorgungsangebote. Außerdem sind ihre Ausgaben für Kranke und ältere Kunden wesentlich geringer. Auch gibt es noch immer schwarze Schafe, die ihre Einnahmen und Ausgaben (und damit den Beitragssatz) nicht nachvollziehbar kalkulieren. Alles in der Hoffnung, gutzahlende Versicherte zu gewinnen, die ihnen einen positiven Deckungsbeitrag bringen und damit die Risikokalkulation im Nachhinein ausgleichen – ein Vabanquespiel. Für Gerechtigkeit soll ab dem 1. Januar 2009 der Gesundheitsfonds sorgen. Ob das gelingt, muss derzeit aber bezweifelt werden. Alle Anzeichen und Hochrechnungen deuten eher darauf hin, dass zwar neu sortiert wird, die morbiditätsbedingten Unterschiede der Einzelkassen aller-

dings nur relativ leicht angepasst werden, so dass es weiter Ungerechtigkeiten geben wird. Diese sind so groß, dass sie allein vom Management der Kassen nicht aufgefangen werden können.

Fakt ist: Der Kassenwettbewerb um die besten Versorgungsformen ist in vollem Gange. Ein intensives Casemanagement mit einem Gesundheitscoaching durch die Krankenkassen zur Senkung der Kosten und Erhöhung der Qualität wird der neue Hauptparameter im Wettbewerb. Der Druck auf die Krankenkassen wächst zudem dadurch, dass ab 2009 nicht mehr der Beitragssatz das entscheidende Kriterium, welches über Sein oder Nichtsein entscheidet, sein wird. Natürlich ist Wirtschaftlichkeit weiterhin oberstes Gebot, und noch immer gibt es im System viele Effizienzreserven, die es zu heben gilt. Doch künftig werden das Produkt- und Leistungsportfolio, die gebotenen Services sowie Tarife zur Differenzierung auf dem stark umkämpften GKV-Markt stark an Bedeutung gewinnen. Die Gesundheitsreform stößt hier viele Türen auf. Eine solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenkasse, die vor diesem Hintergrund und den sich abzeichnenden Entwicklungen zukunfts- und wettbewerbsfähig bleiben will, sollte deshalb bei ihrer strategischen Ausrichtung und inhaltlichen Positionierung vor allem die Prüfsteine effiziente Qualität und Kundenorientierung im Blick haben. Wenn die Reform der Türöffner ist, dann sollte jede Krankenkasse ins Freie treten und die Chancen zum Wohle ihrer – insbesondere kranken – Kunden nutzen.

Realität: Zwei-Klassen-Medizin

Der Gesetzgeber hat mit der Reform die Möglichkeit geschaffen, originäre privatversicherungsrechtliche Elemente in der GKV einzusetzen; er hat damit den Rohbau für mehr Wettbewerb und eine Angleichung von GKV und PKV errichtet. Nun ist es an den Krankenkassen, den Part der Innenarchitektur zu übernehmen. In diesem Zusammenhang sei ein Aspekt betrachtet, der beim Innenausbau zwangsläufig ins Visier gerät. Seit einigen Jahren häufen sich die Warnungen von Ärzte-

vereinigungen, Krankenkassen und Sozialverbänden vor einer sogenannten Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland. Die Sorge basiert auf verschiedenen, nicht von der Hand zu weisenden Argumenten. Zwei an dieser Stelle häufig genannte Ursachen: Der enorme, aber auch enorm teure, medizinische Fortschritt sowie die demographische Entwicklung. 2050 wird die durchschnittliche Lebenserwartung 5 Jahre über der heutigen liegen und gleichzeitig wird die Zahl der berufsfähigen Menschen, bedingt durch den Kindermangel, dramatisch abnehmen. Damit einher gehen rückläufige Beitragseinnahmen einerseits und aufgrund der Tatsache, dass schwere Krankheiten besonders im Alter immer häufiger auftreten, eine steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen andererseits. Schnell stellt sich auch an dieser Stelle die Frage der Finanzierung. Wie kann es gelingen, den teuren medizinisch-technischen Fortschritt für alle Personengruppen zugänglich zu halten? Liegt nicht die Annahme nahe, dass das materielle Vermögen des Einzelnen über den Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung entscheiden könnte? Hier steht die gesetzliche Krankenversicherung vor der Herausforderung, selbst neue Wege zu finden. Dies kann unter anderem geschehen, indem die Kassen an den Chancen des zweiten – privat finanzierten – Gesundheitsmarktes teilhaben. Immerhin betrug der Anteil privat finanzierter Gesundheitsausgaben am Gesamtvolumen im Jahre 2004 fast ein Viertel – Tendenz steigend. Dieser Wachstumsmarkt entwickelt sich derzeit parallel zu den Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist ein unübersichtlicher, unstrukturierter Markt, auf dem der Verbraucher ungesteuert und auf eigenes Risiko agiert. Die Anbieter, denen es gelingt, den ersten und zweiten Gesundheitsmarkt zu verknüpfen, haben die Chance, auf dem sich wandelnden Gesundheitsmarkt zu bestehen. Sie werden zum übergreifenden und umfassenden Kompetenzträger in allen Gesundheitsfragen – zum Wohle des Kunden.

Doch zurück zur Zwei-Klassen-Medizin. Während die oben geschilderten, durch Fortschritt und Demographie induzierten Probleme zwar unaufhaltsam auf uns zueilen und wir bereits

jetzt gefordert sind zu handeln, ist eine weitere Klassengesellschaft – nämlich die durch die Trennung von PKV und GKV – längst Realität. So genießen Privatpatienten in der Regel eine bevorzugte Behandlung beim Arzt, müssen kaum Wartezeiten in Kauf nehmen und im Krankenhaus wird die Visite vom Chefarzt persönlich durchgeführt. Die Erklärung hierfür ist banal. Ärzte können die für Privatpatienten erbrachten Leistungen zu einem höheren Satz, als dem für GKV-Patienten festgeschriebenen, abrechnen. Läuft die Trennung von PKV und GKV nicht dem Solidaritätsgedanken zuwider? Wenn schon das aus einkommensabhängigen Beiträgen finanzierte GKV-System ausgerechnet von jenen Personen verlassen werden kann, die zum solidarischen Mitwirken am ehesten in der Lage wären, ist es doch die einzig logische Konsequenz, die PKV und die GKV zusammenzuführen. Das zweigliedrige System hat ausgedient und schon heute deutet vieles auf eine schrittweise Annäherung der beiden Systeme hin.

Gesetzlich wie privat versichert

Die Einführung von Wahltarifen ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen erstmals, die Schere zwischen GKV und PKV zu verkleinern. Getreu dem Motto „gesetzlich wie privat versichert“ kann das Niveau beider Systeme im Sinne der Kunden angeglichen werden. Neben dieser Möglichkeit, die Kluft zwischen PKV und GKV zu reduzieren, greift die Reform einen Trend der Veränderung des Konsumverhaltens bei Gesundheitsdienstleistungen auf. Durch eine zunehmende Transparenz im Gesundheitswesen (Internet, Qualitätsberichte, Anbietervergleich etc.) wollen und müssen Kunden mehr und mehr eigenverantwortlich in Entscheidungsprozesse bezüglich möglicher Gesundheitsdienstleistungen einbezogen werden (Shared Decision Making). Genau hier setzt das Prinzip der Kostenerstattung an. Denn unbestritten ist die Tatsache, dass Selbstbeteiligungen – in welcher Form auch immer – Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten haben. Zwiespältig hingegen ist die Frage, ob Selbstbeteiligungen tat-

sächlich rational im Sinne eines gesundheitsbewussteren und mündigeren Verhaltens wirken oder ob sie Versicherte nicht vielmehr von einer rechtzeitigen medizinischen Behandlung abhalten und damit das Risiko erhöhen. Die Verbesserung der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen ist daher oberstes Ziel von Selbstbeteiligungen. Vor dem Hintergrund der Annäherung beider Krankenversicherungssysteme wird eine Berücksichtigung der Eigenverantwortung als kontinuierliche Variable in der Tarifgestaltung zwangsläufig weiter in den Fokus strategischen Handelns rücken.

Das Instrument Kostenerstattung – mit allen vorhergehend geschilderten positiven Effekten – dient also der Abfederung von Systemunterschieden und stellt parallel einen Verhaltensanreiz dar. Primäres Ziel ist es jedoch, dem Kunden eine individuell auf seine Bedürfnisse abgestimmte Wahlmöglichkeit zu offerieren; Transparenz, Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein können dabei positive Nebeneffekte sein. Um die Kostenerstattung als akzeptiertes Werkzeug der Individualisierung zu etablieren, reicht es künftig nicht aus, den Erfolg auf ausgelatschten Wegen zu suchen. Aktuelle Studien belegen, dass der Tarif Kostenerstattung bislang nur für eine Minderheit von Versicherten eine interessante Alternative darstellt. Allerdings war Kostenerstattung als Wahlmöglichkeit zum herkömmlichen Sachleistungsprinzip bis dato einem stark eingegrenzten Personenkreis vorbehalten. Außerdem ist dieses Steuerungsinstrument in der medizinischen Versorgung, insbesondere in der seit April 2007 möglichen Ausgestaltung, ein junges Gebiet: Neuland für Leistungserbringer, Patienten und Krankenkassen. Erst spätere Untersuchungen werden die durch die aktuelle Reform bedingten Entwicklungen abbilden können. Eines ist jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit sicher: Die Öffnung der Wahltarife und die damit verbundenen attraktiven Chancen der Kostenerstattung werden hier eine Änderung herbeiführen.

Fazit

Die Kostenerstattung als Baustein eines erweiterten Tarifangebotes in der GKV wird durch ihren diversifizierenden Charakter im künftigen Wettbewerb an Bedeutung gewinnen. An Kundenbedürfnissen orientiert, bildet sie ein Segment für eine mündige Individualisierung künftiger Krankenversicherungspakete. Die Herausforderung bei der Gestaltung entsprechender zukunftsorientierter Angebote liegt in einer intelligenten Egalisierung bestehender Hemmschuhe in gegenwärtigen Strukturen und in der Einbindung aller möglichen, auch systemübergreifenden Vorteile. Für den Erfolg künftiger Tarife ist die Vermittlung von generierbaren Vorteilen an den Kunden ein wesentlicher Faktor.

Die Schaffung notwendiger Voraussetzungen wird den Weg zur Aktivierung von Marktgesetzen ebnen, die ihrerseits weitere Synergien erzeugen werden. Unbürokratische und komfortable Abrechnungsstrukturen und -systeme werden Effizienzreserven aufrütteln. Eine Erhöhung der Transparenz wird dem Kunden auf seinem Weg in eigenverantwortliche Leistungsentscheidungen und -inanspruchnahmen begleiten.

Vor dem Hintergrund stürmischer Entwicklungen im Gesundheitsmarkt muss die Kostenerstattung als ein weiterer Flügel an der Windmühle Krankenversicherung gesehen werden, denn wenn der Wind des Wandels weht, erscheint es sinnvoller, Windmühlen zu bauen und die Dynamik zu nutzen als Schutzmauern zu errichten und sich so seiner Möglichkeiten zu berauben.

|5

Die Autoren

Daniel Bahr, MdB

absolvierte nach seinem Abitur in Münster eine Ausbildung zum Bankkaufmann in Schwerin und Hamburg und studierte später Volkswirtschaftslehre an der Universität Münster. Seit 1998 ist Daniel Bahr Mitglied im Bundesvorstand der FDP, von 1999 bis 2004 war er Bundesvorsitzender der Jungen Liberalen. Seit 2002 ist Daniel Bahr Mitglied des Deutschen Bundestages. Von 2002 bis 2005 war er Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion für demographische Entwicklung, Pflege und Behindertenpolitik, seit 2005 hat Daniel Bahr das Amt des Gesundheitspolitischen Sprechers inne.

Birgitt Bender, MdB

studierte Rechtswissenschaften in Köln, Genf und Freiburg. Von 1984 bis 1988 war sie zunächst als Justiziarin, später als Frauenbeauftragte bei den Grünen im baden-württembergischen Landtag tätig. Von 1988 bis 2001 war Birgitt Bender Mitglied des Landtags von Baden-Württemberg, 1988 bis 1990 Fraktionsvorsitzende der Grünen, von 1992 bis 2000 stellvertretende Fraktionsvorsitzende. Seit 2002 ist sie Mitglied des Deutschen Bundestages und Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Dr. Klaus Bittmann

geboren 1943 in Stargard/Pommern, studierte nach seinem Abitur in München Humanmedizin in Hamburg. Anschließend absolvierte er die Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Krefeld und Duisburg. Von 1977 bis 2005 praktizierte Dr. Bittmann als niedergelassener Frauenarzt in Plön. Von 1984 bis 1992 war er Landesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein und seit 1988 Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung. Im Jahr 1992 wurde er hier zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Von 1998 bis 2006 hatte er das Amt des Vorstandsvorsitzenden inne. Seit 2000 ist Dr. Bittmann Sprecher des Vorstandes der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein

und wurde 2005 zum Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärztgenossenschaften gewählt. Seit November 2006 ist Dr. Bittmann Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes.

Dipl.-Volkswirt Dr. Thomas Drabinski

ist Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) in Kiel. Das IfMDA wurde 2004 unter seiner Leitung als akademisches Spinoff-Institut aus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gegründet. Thomas Drabinski studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Gießen, Wolverhampton/England und Kiel. Neben der Institutsleitung des IfMDA ist er seit 2000 Mitarbeiter am Lehrstuhl für Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik an der Universität Kiel. 2004 promovierte Dr. Drabinski zum Thema „Umverteilungseffekte des deutschen Gesundheitssystems: Eine Mikro-simulationsstudie“. Seitdem arbeitet er an seiner Habilitation mit dem Schwerpunkt „Regionalisierung und Risikostrukturausgleich im Gesundheitssystem“. Veröffentlichungen und Forschungsprojekte befassen sich primär mit ökonomischen und sozialpolitischen Fragestellungen mit dem Schwerpunkt in politökonomischen Untersuchungen zu Fragen des Gesundheitssystems.

Prof. Dr. Michael Eilfort

studierte Politikwissenschaften und Romanistik in Tübingen und Paris. Nach einer Tätigkeit als wissenschaftlicher Referent im Deutschen Bundestag wurde er parlamentarischer Berater im Landtag von Baden-Württemberg. Von 1996 bis 2000 war Prof. Eilfort Referatsleiter „Reden/Politikberatung/Arbeitsprogramm der Landesregierung“ im Staatsministerium Baden-Württemberg und leitete anschließend vier Jahre lang das Büro von Friedrich Merz, MdB. Seit 2004 ist Prof. Eilfort Vorstand der Stiftung Marktwirtschaft und hat seit 2005 eine Honorarprofessur an der Universität Tübingen inne.

Dr. Jürgen Fedderwitz

absolvierte sein zahnmedizinisches Studium in Mainz und praktiziert seit 1980 als niedergelassener Vertragszahnarzt in Wiesbaden. Von 1992 bis 2004 war Dr. Fedderwitz Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. 1994 wurde er in den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung berufen und 2005 zum Vorstandsvorsitzenden gewählt. Seit 2004 ist Dr. Fedderwitz im Vorstand des Stiftungsrates des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Gerd Habermann, M. A.

Jahrgang 1945, studierte an den Universitäten Frankfurt, Wien, Tübingen und Konstanz die Fächer Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Politische Wissenschaft, Philosophie und Volkswirtschaft. Nach der Promotion war er für vier Jahre Assistent an der Universität Heidelberg, später in Tübingen. Es folgte von 1978 bis 1982 ein ordnungspolitischer Einsatz beim Wirtschaftsrat der CDU als Grundsatzreferent. 1983 wechselte Prof. Habermann zur Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer (ASU), dort ist er seit 1993 Leiter des Unternehmerinstituts. Seit 20 Jahren ist er als Lehrbeauftragter Dozent an der Universität Bonn und seit 2000 an der Universität Potsdam, seit 2003 als Honorarprofessor. Ferner ist Prof. Habermann Sekretär und Mitgründer der Friedrich A. von Hayek-Gesellschaft e.V., Vorstandsvorsitzender der Friedrich A. von Hayek-Stiftung und Mitglied der Mont Pelèrin Society und Scholar Adjunct des Mises-Instituts, Auburn.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

ist seit 1993 Präsident der Ärztekammer Nordrhein sowie seit 1999 Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Von 1982 bis 2006 arbeitete er als Chefarzt des Instituts für Pathologie der Krankenhaus Düren gGmbH. Seither ist Professor Hoppe als niedergelassener Pathologe im Institut und in der Praxisgemeinschaft für Pathologie des

Krankenhauses Düren tätig. Seit vielen Jahren lehrt er am Institut für Rechtsmedizin und an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Von 1979 bis 1989 war der Facharzt für Allgemeinmedizin und Pathologie zudem 1. Vorsitzender des Marburger Bundes.

Ingo Kailuweit

ist seit 1999 Vorstandsvorsitzender der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH). Er verantwortet die Geschäftsbereiche Unternehmensentwicklung, Controlling, Presse, Leistungs-, Forderungs- und Vertragsmanagement, Finanzen und IT.

Nach der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei der KKH in Lübeck übernahm Ingo Kailuweit verschiedene leitende Positionen in Hamburg. Der Wechsel in die Hauptverwaltung nach Hannover erfolgte 1980. Hier übernahm er Führungspositionen als Leiter des Bereiches Revision, Leiter der Abteilung Beitrags- und Meldewesen und schließlich als Hauptabteilungsleiter der Bereiche Personal, Berufliche Bildung, Leistungen und Vertragsrecht. Im April 1999 erfolgte die Wahl zum Vorsitzenden des Vorstandes der KKH. Im September 2004 wurde Ingo Kailuweit für weitere sechs Jahre in seinem Amt bestätigt.

Prof. Dr. Norbert Klusen

studierte Wirtschaftswissenschaften und Soziologie an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen und an der Technischen Universität Berlin. In verschiedenen internationalen Unternehmen sammelte er umfangreiche Managementenerfahrungen, bis er 1993 Geschäftsführer der Techniker Krankenkasse wurde. 1996 berief man ihn zum Vorstandsvorsitzenden. Prof. Klusen lehrt als Honorarprofessor für Internationale Gesundheitspolitik und –systeme an der Universität Hannover. An der Westsächsischen Hochschule Zwickau hat Prof. Klusen eine Honorarprofessur für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik inne und ist Vorsitzender des Kuratoriums. Die Universität Bayreuth verlieh ihm für seine Verdienste

te um die Entwicklung der Gesundheitsökonomie die Ehrensenatorenwürde.

Dr. Rolf Koschorrek, MdB

absolvierte nach dem Abitur eine Ausbildung zum Zahntechniker und studierte anschließend Zahnmedizin in Göttingen. Seit 1989 praktiziert Dr. Koschorrek als niedergelassener Zahnarzt in eigener Praxis in Bad Bramstedt. 2005 wurde Dr. Koschorrek in den Deutschen Bundestag gewählt und ist Mitglied des Gesundheitsausschusses. Seit 2006 ist er Vorsitzender der Gesundheitskommission der Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU, seit 2007 zudem Beisitzer im Vorstand des Parlamentskreises Mittelstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Wolfgang Müller

studierte internationale Politik an der Universität Konstanz und Politik an der Delhi University. Er war von 1992 bis 2006 für die Friedrich-Naumann-Stiftung in der Erwachsenenbildung und Politikberatung tätig. In diesem Rahmen leitete er von 1999 bis 2003 als Country Representative das Büro in Simbabwe und das Wirtschaftsprjekt in Südafrika. Seit 2003 ist er im Vorstand und seit 2006 Geschäftsführer des Instituts für Unternehmerische Freiheit in Berlin.

Thomas Preis

Jahrgang 1959, studierte Pharmazie in Düsseldorf. Seit 1990 ist er Leiter der Alpha Apotheke in Köln. 1998 wurde Thomas Preis zum Vorsitzenden des Apothekerverbandes Köln gewählt. Seit 1999 ist er Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein. Darüber hinaus ist Thomas Preis Mitglied im Vorstand des Deutschen Apothekerverbandes und stellvertretender Vorsitzender des Verbandes der Freien Berufe im Land Nordrhein-Westfalen.

Frederik Cyrus Röder

machte sein Abitur in Göttingen. Seitdem studiert er Gesundheitsökonomie in Bayreuth. Neben seiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Unternehmerische Freiheit in Berlin ist er freier Mitarbeiter der Friedrich-Naumann-Stiftung. Tätigkeit als Politikberater in Osteuropa für verschiedene Stiftungen und Verbände. Von 2003 bis 2005 war er Geschäftsführer der Liberalen Türkisch-Deutschen Vereinigung. Seit 2006 ist er Stellvertretender Vorsitzender des Network of Libertarian Values.

Dr. Jörg-A. Rüggeberg

praktiziert in einer Gemeinschaftspraxis in Bremen als Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Sportmedizin. Sein Studium absolvierte Dr. Rüggeberg an der Universität Göttingen, die Facharztausbildungen folgten in Bremen. Seit 1999 ist Dr. Rüggeberg Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände und des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen berief Dr. Rüggeberg 2006 zum Vizepräsidenten. Vorausgegangen war eine 15-jährige Tätigkeit als Referatsleiter.

Helge Rühl

wurde 1965 in Bad Homburg v.d.H. geboren. Nach seinem Abitur in Oberursel absolvierte er von 1989 bis 1993 das Studium der Rechtswissenschaft an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität in Frankfurt am Main und anschließend das Rechtsreferendariat beim Landgericht Frankfurt am Main. In seiner juristischen Laufbahn war Helge Rühl seit 1993 als juristischer Mitarbeiter und Rechtsanwalt in u. a. internationalen Rechtsanwalts- und Steuerberatungskanzleien und in den Jahren 2000 bis 2003 als Justiziar der Lotterietreuhandgesellschaft mbH Hessen tätig. Im Oktober 2003 wurde er zum Geschäftsführer von Europas größten Facharztverbands, dem Berufsverband Deutscher Internisten, bestellt und ist seit 2007

gleichzeitig Rechtsanwalt der Medizinrechtskanzlei Ulsenheimer und Friederich. Rechtsanwalt Helge Rühl ist Fachanwalt für Medizinrecht und Steuerrecht.

Dr. Jochen-Michael Schäfer

praktiziert als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Kiel. Im Jahr 2000 wurde Dr. Schäfer zum Vorsitzenden des Vorstandes im PVS/Verband gewählt. In der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein hat Dr. Schäfer das Amt des Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung inne.

Prof. Dr. Wolf Schäfer

war von 1981 bis 2006 Professor für Volkswirtschaftslehre an der Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr in Hamburg. Heute ist Prof. Schäfer Präsident der Privaten Hanseuniversität Rostock und Direktor des Europa-Kollegs Hamburg. Sein wissenschaftlicher Werdegang führte ihn vom Studium der Volkswirtschaftslehre in Kiel und Berlin, über Promotion und Habilitation in Kiel zunächst nach Dortmund und schließlich an die Bundeswehruniversität in Hamburg, an der er von 2003 bis 2005 auch als Vizepräsident wirkte. Prof. Schäfer ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Vereinigungen, darunter die Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Seit 1987 lehrt Prof. Schäfer im International Management Program der Gesellschaft zur Förderung der Weiterbildung in München.

Prof. Dr. Dr. Christian Scherer

ist Wirtschaftswissenschaftler und Mediziner und lehrt Gesundheitsökonomie an der Universität Lüneburg.

Ralf Sjuts

ist seit 2004 Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK. Nach seiner Ausbildung bei der AOK Friesland führte sein beruflicher Werdegang ihn zunächst zum AOK-Bundesverband

nach Bonn. Nach Stationen als Geschäftsführer der Betriebskrankenkasse des Energieversorgers EWE, als Vorstandsvorsitzender der fusionierten BKK ÜNH-EWE und als Vorstandsmitglied der BKK Post, kam Sjuts im September 2001 als Vorstandsvorsitzender der Volkswagen BKK nach Wolfsburg.

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried

Jahrgang 1965, studierte Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie in Passau, Bayreuth und an der University of York. 1996 promovierte er an der Universität Tübingen. Nachdem er verschiedene Positionen bei Krankenkassen und Verbänden im Gesundheitswesen durchlaufen hatte, trat er 1998 in die Dienste der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein. Von 1998 bis 2006 war er Dezernent für Grundsatzfragen, ab Juli 2006 dann Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung. Seit Mitte Januar 2008 ist Dr. von Stillfried Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI).

Stefan Tilgner, M. A.

hat politische Wissenschaft, Psychologie und Geschichte in Bonn studiert. Nach sechsjähriger Tätigkeit als wissenschaftlicher Referent im Deutschen Bundestag und Projektmanagement in einer PR-Agentur schloss sich die Tätigkeit als Fachreferent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an. Im Jahr 1999 wurde Stefan Tilgner zum Geschäftsführer des PVS/Verbandes bestellt und ist dort seit 2001 auch Mitglied des Vorstandes.

Annette Widmann-Mauz, MdB

studierte nach dem Abitur in Balingen Politik- und Rechtswissenschaften in Tübingen. Von 1993 bis 1998 arbeitete sie hier an dem EU-Projekt „European Studies Program (ESP)“ mit. Seit 1998 ist Annette Widmann-Mauz Mitglied des Deutschen Bundestages. Von 2000 bis 2005 war sie Vorsitzende der Gruppe der Frauen der CDU/CSU-Fraktion, seit 2000 ist sie Mitglied des Fraktionsvorstandes. Von 2001 bis 2002 übertrug

man ihr die Funktion der Beauftragten für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Seit 2002 ist Annette Widmann-Mauz Gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und seit 2005 zudem Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit.

| Impressum

Herausgeber

PVS / Verband

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.,
Straßmann-Haus, Schumannstraße 18, 10117 Berlin

Autoren

→ Seite 249

Realisierung

Reihenkonzept: Stefan Tilgner, M.A., PVS Verband

Layout & Satz: FGS Kommunikation, Berlin

Grafik: FGS Kommunikation, Berlin

Repro & Druck: Druckhaus C. Schröter, Mühlhausen

Schrift: Emigre Tarzana, FF Quadraat

Papier: IGEPa Invercote, Munkun Premium Cream

© 2008

Eigenverlag des PVS / Verbandes

1. Auflage, April 2008

ISBN 978-3-9809893-5-0

Printed in Germany

Seit 20 Jahren wird in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Regelungen zur Kostenerstattung experimentiert. Das Wahlrecht auf Kostenerstattung wurde eingeführt, ausgeweitet, eingeschränkt, vollends abgeschafft und schließlich unter Auflagen erneut eingeführt. Befürworter werten die Kostenerstattung als Garanten für die notwendige Leistungstransparenz im Gesundheitswesen und den angezeigten Weg zu mehr Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein der Versicherten. Gegner sehen in den hinter der Sachleistung stehenden Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ein notwendiges Instrument zur Ausgabensteuerung und fürchten einen Angriff auf das Solidarprinzip.

Die jüngste Gesundheitsreform flexibilisiert die Regelungen zur Kostenerstattung – bestärkt jedoch gleichzeitig das Sachleistungsprinzip als Regelprinzip für die Abrechnung medizinischer Leistungen. Grund genug nachzufragen. Dieser Band vereint Bewertungen der Kostenerstattung aus Politik, Wissenschaft, von Ärzten, Apothekern und gesetzlichen Krankenkassen.

