

pg ≡ papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2011

August 2011

Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Stefan Greß, Ingo Heberlein, Stephanie Heinemann, Dea Niebuhr

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Stefan Greß, Ingo Heberlein, Stephanie Heinemann, Dea Niebuhr

Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

pg-papers 01/2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-01-8

Copyright © pg-papers, August 2011

Inhalt

| | |
|--|----|
| Executive Summary | 7 |
| 1 Einleitung | 9 |
| 2 Auswirkungen von Kostenerstattung in der ökonomischen Theorie..... | 10 |
| 2.1 Erwartungen an eine Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips | 10 |
| 2.2 Ökonomische Bewertung einer Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips..... | 12 |
| 3 Empirische Erkenntnisse zur Kostenerstattung..... | 15 |
| 3.1 Kostenerstattung in Deutschland..... | 15 |
| 3.1.1 Auswirkungen der Kostenerstattung auf das Inanspruchnahmeverhalten | 15 |
| 3.1.2 Bekanntheit und Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips..... | 17 |
| 3.1.3 Auswirkungen des Kostenerstattungsprinzips nach dem GKV-WSG | 18 |
| 3.1.4 Kostenerstattung in der privaten Krankenversicherung..... | 19 |
| 3.2 Internationale Perspektive | 20 |
| 3.2.1 Niederlande | 20 |
| 3.2.2 Australien | 22 |
| 3.2.3 Drei-Länder-Vergleich | 24 |
| 4 Reform der Regelungen zur Kostenerstattung im GKV-Finanzierungsgesetz..... | 26 |
| 4.1 Genereller Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V..... | 26 |
| 4.2 Wahltarife Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V..... | 27 |
| 5 Behandlungsvertrag und Versorgungssteuerung bei Kostenerstattung – Rechtliche Würdigung | 29 |
| 5.1 Behandlungsverträge..... | 29 |
| 5.1.1 Ausgangsfall..... | 29 |
| 5.1.2 Behandlungsvertrag bei Inanspruchnahme von Sachleistungen?..... | 29 |
| 5.1.3 Vertragslage bei Kostenerstattung | 30 |
| 5.2 Sozialrechtliche Vorgaben..... | 31 |
| 5.2.1 Regelung der Kostenerstattung in der Satzung..... | 31 |
| 5.2.2 Sonstige sozialrechtliche Vorgaben..... | 32 |
| 5.3 Versorgungssteuerung..... | 32 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6 | Szenarien für den Ausbau des Kostenerstattungsprinzips in der GKV | 33 |
| 6.1 | Szenario 1: Obligatorische Kostenerstattung mit differenziertem Abrechnungssystem | 34 |
| 6.2 | Szenario 2: Wahlrecht durch Leistungsanbieter mit differenziertem Abrechnungssystem | 34 |
| 6.3 | Szenario 3: Wahlrecht durch Versicherte mit einheitlichem Abrechnungssystem | 35 |
| | Abbildungsverzeichnis | 37 |
| | Tabellenverzeichnis | 37 |
| | Literatur | 38 |

Executive Summary

Die Attraktivität des Kostenerstattungsprinzips liegt auf den ersten Blick darin, dass gleichzeitig die Transparenz für die Versicherten erhöht, Abrechnungsbetrug verhindert, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten reduziert und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die gestärkte Rolle des Patienten verbessert werden sollen. Diese Erwartungen an die Wirksamkeit des Kostenerstattungsprinzips sind jedoch nur dann realisierbar, wenn Versicherte bzw. Patienten ein hohes Ausmaß an Altruismus im Sinne von hoch motivierter Verantwortlichkeit gegenüber der Versichertengemeinschaft an den Tag legen würden. Wird jedoch in Übereinstimmung mit der gesundheitsökonomischen Theorie von einem Nutzen maximierenden Patienten bzw. Versicherten ausgegangen, ist die Validität der Argumentationskette „mehr Transparenz – mehr Kostenbewusstsein – weniger Inanspruchnahme“ brüchig. Allein mit der Einführung des Kostenerstattungsprinzips ist eine Zunahme der Steuerungskompetenz des Patienten nicht zu erwarten. Die Patienten sind nicht in der Lage, durch diesen Zugewinn an reinen Preisinformationen angebotsinduzierte Nachfrage zu verhindern.

Empirisch gibt es Anzeichen für eine erhöhte Preistransparenz als Folge der Einführung von Kostenerstattung. Ein verändertes Verhalten der Leistungserbringer im Sinne der obigen Argumentationskette ist jedoch ebenso wenig nachgewiesen wie die erwarteten Veränderungen im Versichertenverhalten. Es gibt im Gegenteil sogar empirische Anzeichen dafür, dass ein steigendes Kostenbewusstsein im Rahmen eines ökonomisch rationalen Verhaltens zu steigender Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen führen kann.

Aus dem internationalen Vergleich lassen sich drei Schlussfolgerungen ableiten. Erstens kann es für die Patienten erhebliche finanzielle Folgen haben, wenn dem Leistungserbringer die Wahl zwischen Kostenerstattung und Sachleistung überlassen wird. Die freie Arztwahl löst dieses Problem nicht, weil Leistungsanbieter nur in Ausnahmefällen freiwillig nach dem Sachleistungsprinzip abrechnen. Um Kostenerstattung für die Versicherten attraktiver zu machen, müssten zweitens gleiche Abrechnungssätze für Kostenerstattung und Sachleistung gelten. Dies würde das finanzielle Risiko für die Versicherten einschränken. Eine solche Regelung würde aber gleichzeitig das Interesse der Leistungsanbieter an der Kostenerstattung deutlich senken, weil zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten entfallen. Drittens besteht die Gefahr, dass sich Krankenversicherer bei einem steigenden Anteil von Kostenerstattungstarifen ihrer Steuerungs- und vor allem Sicherstellungsverantwortung entziehen. Dies gilt vor allem dann, wenn sich die Versicherten des Unterschieds zwischen Sachleistung und Kostenerstattung nicht bewusst sind.

Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) hat der Gesetzgeber nur vorsichtige Änderungen an der Option zur Kostenerstattung vorgenommen. Ein Anspruch auf Erstattung für die Versicherten besteht weiterhin höchstens in der Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu erstatten hätte. Diese Beschränkung des Erstattungsanspruchs ist jedoch das zentrale Element, das die Attraktivität der Kostenerstattungsoption für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig begrenzt. Daher werden die Änderungen im GKV-FinG die Attraktivität der Kostenerstattungsoption nicht wesentlich erhöhen können. Ähnliches gilt für die Attraktivität eines Wahltarifs Kostenerstattung für die Versicherten. Das grundlegende Hindernis besteht hier darin, dass – unter der Voraussetzung der Anpassung der Erstattungshöhe an das GOÄ-Niveau – die wegen des Verbots der Quersubventionierung notwendigen Beitragsaufzahlungen diese Tarife finanziell unattraktiv machen.

Es ist vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag beschlossenen Ausbaus der Kostenerstattung nicht auszuschließen, dass die Bundesregierung während der laufenden Legislaturperiode weitere Maßnahmen zum Ausbau der Kostenerstattung beschließen wird. Ein Szenario mit obligatorischer Kostenerstattung und unveränderten Abrechnungsmodalitäten würde zu einem erheblichen Anstieg angebotsinduzierter Nachfrage, spürbaren Aufzählungen der Versicherten und der Notwendigkeit zu einem sozialen Ausgleich der Mehrbelastungen führen. Weitere Konsequenz wäre außerdem eine Belastung der Versichertengemeinschaft durch steigende Bürokratiekosten und die Finanzierung des sozialen Ausgleichs sowie die Wirkungslosigkeit des Instrumentariums zur Versorgungssteuerung.

Ein Szenario mit Wahlrecht der Leistungserbringer bei unveränderten Abrechnungsmodalitäten würde zu ähnlichen Problemen führen wie die obligatorische Einführung des Kostenerstattungsprinzips. Eine Einschränkung dieses Wahlrechts auf unterversorgte Gebiete würde diese problematischen Auswirkungen lediglich regional begrenzen.

Ein Szenario mit einem einheitlichen Abrechnungssystem und Wahlrecht für die Versicherten würde eine zentrale Barriere zur Inanspruchnahme des Kostenerstattungsprinzips beseitigen. Zudem würden Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage weitgehend beseitigt. Die Effekte auf die Inanspruchnahme der Versicherten wären dennoch ungewiss. Letztlich ist zu fragen, ob eine erhöhte Kostentransparenz nicht auch mit geringerem administrativem Aufwand durch eine für die Patienten kostenfreie Patientenquittung erreicht werden könnte.

1 Einleitung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten die Versicherten im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung (PKV) weit überwiegend Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip. Der Anteil der Versicherten, die einen Kostenerstattungstarif in der GKV gewählt haben, liegt deutlich unter einem Prozent (GKV-Spitzenverband 2009). Diesen Zustand will die Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP gemäß der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag ändern: „Wir wollen die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen (CDU et al. 2010: 88).“ Im Laufe des Jahres 2010 hat der damalige Bundesgesundheitsminister Rösler diese Absicht in einer Reihe von Interviews und in einer gemeinsamen Pressemitteilung mit der Bundesärztekammer nachdrücklich bestätigt.¹ Diese Erklärungen haben ihren vorläufigen Kulminationspunkt in den Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) zur Kostenerstattung gefunden.

Diese Expertise hat erstens zum Ziel, die Erwartungen an die von der Bundesregierung angekündigte Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips differenziert darzustellen und einer theoretischen und empirischen Überprüfung zu unterziehen. Gleichzeitig werden vor dem Hintergrund der bis hierhin gezogenen Erkenntnisse die Regelungen zur Kostenerstattung im GKV-FinG einer kritischen Analyse und einer rechtlichen Würdigung unterzogen. Abschließend werden – ausgehend von der Annahme, dass die Regelungen im GKV-FinG nur ein erster Schritt zur Ausweitung der Kostenerstattung sind und dass im Laufe dieser Legislaturperiode weitere Schritte folgen werden – Szenarien zum Ausbau der Kostenerstattung in der GKV entwickelt und im Hinblick auf ihre Auswirkungen bewertet. Zu diesen Auswirkungen zählen insbesondere der Einfluss auf die Motivation der Versicherten für die Wahl von Kostenerstattungstarifen, mögliche Verhaltensänderungen von Versicherten bzw. Patienten und Leistungserbringern, der entstehende Bürokratieaufwand, möglicherweise entstehende Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses, veränderte Rechtsbeziehungen und deren Auswirkungen auf die Versorgungssteuerung der Krankenkassen.

¹ So forderte der Minister in einem längeren Interview mit dem Ärzteblatt am 13. September 2010 ein „intelligentes System der Kostenerstattung“, das auch Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen beinhalten müsse. Ein ähnlicher Wortlaut findet sich in der angesprochenen Presseerklärung (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesärztekammer 2010).

2 Auswirkungen von Kostenerstattung in der ökonomischen Theorie

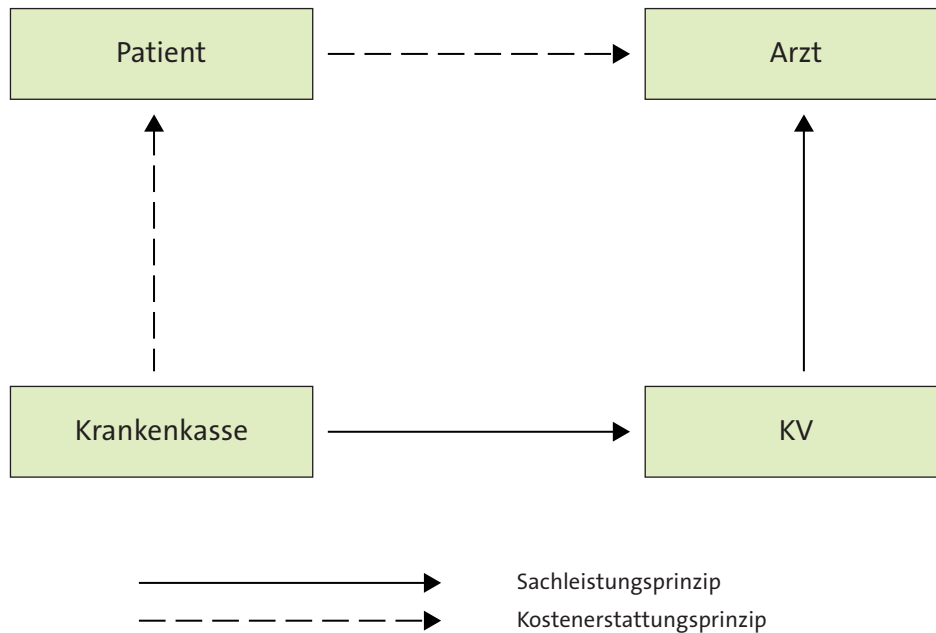
In diesem Abschnitt werden zunächst die Erwartungen an die positiven Effekte einer Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips detailliert herausgearbeitet. Im zweiten Teil dieses Abschnitts wird geprüft, ob diese Erwartungen einer theoretischen Überprüfung standhalten.

2.1 Erwartungen an eine Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips

Die entscheidenden Unterschiede zwischen Sachleistungsprinzip auf der einen Seite und Kostenerstattungsprinzip auf der anderen Seite liegen im Dreiecksverhältnis zwischen Arzt, Patienten und Krankenkassen. Bei der Versorgung nach dem überkommenen Sachleistungsprinzip und der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen die Krankenkassen und die Ärzte in keiner direkten Rechtsbeziehung. Vermittelt über die Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es einen Zahlungsstrom kassenseitig (Gesamtvergütung, Gesamtvertrag) und einen Zahlungsstrom arztseitig (Vergütung der erbrachten Leistungen nach EBM und Honorarverteilungsvertrag). Beide Zahlungsströme folgen seit langem eigenen, nicht kongruenten Grundsätzen. Nur bei einer kassenseitig wie arztseitig erfolgenden reinen Einzelleistungsvergütung (§ 85 Abs. 2 Satz 2, 2. Alt. SGB V) ohne weitere Regelungen stünden sie (theoretisch) in Deckung. Dann wären die Abrechnungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (vorbehaltlich der Überprüfung auf sachliche und rechnerische Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung durch die KV sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V) lediglich durchlaufende Posten.

Vertragswerke unter Einschluss der Bundesmantelverträge über die Gesamtvergütung hinaus regeln noch weitere zentrale Tatbestände. Hierzu gehören etwa Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung, Regelungen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und zur Überprüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit von Abrechnungen.

Die zentralen Unterschiede des Kostenerstattungsprinzips im Vergleich zum Sachleistungsprinzip liegen erstens in einer Veränderung der Zahlungsströme und zweitens – zumindest bei einer vollständigen Umstellung vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip – im Wegfall der einschlägigen vertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Abbildung 1). Die Patienten treten bei der Bezahlung der vom Arzt in Rechnung gestellten Leistungen zunächst in Vorkasse, denn parallel müssen die Patienten versuchen, ihre Auslagen von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen.

Abbildung 1: Zahlungsströme im Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip

Quelle: Eigene Darstellung.

Auf den ersten Blick ergeben sich durch die Rechnungsstellung des Arztes und den zwischen Arzt und Patient entstehenden Zahlungsstrom drei zentrale Vorteile. Erstens bekäme der Patient bzw. der Versicherte durch die Rechnungsstellung des Arztes einen Überblick über Art, Menge und Kosten der erbrachten und abgerechneten Leistungen. Diese Transparenz wiederum wird als wesentliche Voraussetzung für den Abbau des Informationsgefälles zwischen dem Arzt und dem Patienten angesehen. Darüber hinaus könnte der Patient durch die Überprüfung der Rechnungen Abrechnungsbetrug wirkungsvoll verhindern. Die Möglichkeiten zum Abrechnungsbetrug würden durch die Einführung der im Vergleich zum Sachleistungsprinzip weniger anonymen Kostenerstattung nachhaltig verringert, indem die objektive und die vom Arzt subjektiv empfundene Entdeckungswahrscheinlichkeit für Abrechnungsmissbrauch erhöht werde (Schäfer 2008).

Der zweite entscheidende Vorteil des Kostenerstattungsprinzips wird darin gesehen, dass durch die Veränderung der Zahlungsströme wirksame Anreize für eine zurückhaltende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gesetzt würden. Die Veränderung der Zahlungsströme würde damit nicht nur die Transparenz für die Versicherten erhöhen, sondern als Konsequenz auch das Inanspruchnahmeverhalten verändern. Kostentransparenz sei demnach eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Patienten kostenbewusst verhalten. Durch die Einführung der Kostenerstattung in der GKV verfliege die Illusion, ärztliche Leistungen seien zum Nulltarif zu haben. Die steigenden Transaktionskosten eines Arztbesuches würden Patienten darüber hinaus davon abhalten, unnötige und kostenträchtige Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Anspruch zu nehmen (Schäfer 2008).

Kostentransparenz sei jedoch nur eine notwendige, aber noch keineswegs hinreichende Voraussetzung für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Als weitere Bedingung für eigenverantwortliches Handeln und einen effizienten Ressourceneinsatz bedürfe es daher einer Beteiligung des Patienten an den

tatsächlichen Behandlungskosten in Form eines prozentualen Selbstbehalts. In dieser Kombination spiele das Kostenerstattungsprinzip seine ganze Stärke aus (Eilfort 2008).

Drittens wird erwartet, dass Versicherte und Patienten alleine durch die Veränderung der Zahlungsströme zunehmend aktiv Steuerungsverantwortung übernehmen und Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage auf ärztlicher Seite konterkarieren können. In der schon in der Einleitung angesprochenen gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesärztekammer wird diese unterstellte Wirkungskette besonders prägnant beschrieben: Kostenerstattung ermögliche danach mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen, fördere das Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten und sei wichtige Voraussetzung für eine gezieltere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesärztekammer 2010).

Die Attraktivität des Kostenerstattungsprinzips liegt zusammenfassend darin, dass durch vergleichsweise einfache Maßnahmen – in der Hauptsache durch eine Veränderung der Zahlungsströme – gleichzeitig die Transparenz für die Versicherten erhöht, Abrechnungsbetrug verhindert, das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten reduziert und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die gestärkte Rolle des Patienten verbessert werden sollen. Im weiteren Verlauf wird die theoretische und empirische Haltbarkeit dieser Argumentationskette überprüft.

2.2 Ökonomische Bewertung einer Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips

Für die gesundheitsökonomische Bewertung der obigen Argumentationskette ist zunächst zu fragen, welche Verhaltensannahmen für die Versicherten bzw. die Patienten zutreffend sind. In der Gesundheitsökonomie wird in der Regel davon ausgegangen, dass die Verhaltensannahmen für den Nutzen maximierenden homo oeconomicus aus der neoklassischen Mikroökonomie auch im Verhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. im Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkasse gelten. Grundsätzlich haben die Versicherten daher einen Anreiz, Gesundheitsleistungen bis zur so genannten Sättigungsmenge in Anspruch zu nehmen. Mit anderen Worten nehmen die Patienten Gesundheitsleistungen in Anspruch, solange sie sich hiervon für sich persönlich noch einen positiven Zusatznutzen versprechen. Dieses Verhalten ist aus gesundheitsökonomischer Sicht als vollkommen rational anzusehen (Wasem/Greß 2004).

Für die Versichertengemeinschaft entsteht hierdurch jedoch ein Problem, das in der angelsächsischen Literatur unter dem Begriff *moral hazard* thematisiert wird. Die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen in der ambulanten ärztlichen Versorgung – abgesehen von der Praxisgebühr – über einen Vollversicherungsschutz. Mit anderen Worten ist die Inanspruchnahme von zusätzlichen Leistungen nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden. Dies führt dazu, dass Patienten mit vollständigem Krankenversicherungsschutz mehr Leistungen in Anspruch nehmen, als dies ohne oder mit nur partiellem Krankenversicherungsschutz der Fall wäre. An diesen Anreizen würde sich für die Versicherten jedoch durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips nichts ändern (Wasem/Greß 2004).

In der einschlägigen Literatur wird dagegen gemutmaßt, dass die höhere Kostentransparenz sogar zu einer Ausweitung des Konsums führen könnte. Versicherte könnten sich dazu veranlasst sehen, ihre gezahlten Krankenversicherungsbeiträge und die abgerechneten Leistungen gegenüberzustellen. Bei einem negativen Saldo – mehr gezahlte Beiträge als abgerechnete Leistungen – könnten damit sogar Anreize zur Leistungsausweitung entstehen (Wasem 2000). Dieser Zusammenhang wurde bereits von einem der Urväter der deutschen Gesundheitsökonomie – Philipp Herder-Dorneich – im Rahmen der so

genannten Kollektivgüterökonomik identifiziert. Kostentransparenz alleine sei danach noch kein hinreichender Anreiz zu kostensparendem Inanspruchnahmeverhalten und führe im Gegenteil sogar zu einer „Reinholmentalität“ bei den Versicherten (Herder-Dorneich 1984). Eine erhöhte Kostentransparenz könne im Gegenteil sogar zu kostentreibenden anstatt kostendämpfenden Auswirkungen führen, wenn Versicherte feststellten, dass ihr individuelles Kosten-Nutzen-Kalkül ungünstig ausgefallen sei (Jacobs/Reschke 1994).

Die oben dargelegten Erwartungen an die Wirksamkeit des Kostenerstattungsprinzips wären nur dann realistisch, wenn Versicherte und Patienten ein hohes Ausmaß an Altruismus im Sinne von hoch motivierter Verantwortlichkeit gegenüber der Versichertengemeinschaft an den Tag legen würden. In diesem Falle könnte es in der Tat dazu kommen, dass eine erhöhte Transparenz zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von insbesondere ambulanten ärztlichen Leistungen führen könnte. Wird jedoch in Übereinstimmung mit der gesundheitsökonomischen Theorie von einem Nutzen maximierenden Patienten bzw. Versicherten ausgegangen, ist die Validität der Argumentationskette „mehr Transparenz – mehr Kostenbewusstsein – weniger Inanspruchnahme“ mehr als zweifelhaft (Herder-Dorneich 1984; Olson 1976). Dies gilt umso mehr, wenn der Patient auch bei der Kontrolle eventueller Manipulationen zwischen dem Nutzen für die Versichertengemeinschaft und den ihm entstehenden Kosten – etwa durch das Risiko des Eingehens von Konflikten mit seinem behandelnden Arzt – abwägen muss (Jacobs et al. 2010; Wasem 2000).

Durch die Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips wird – wie oben gesehen – nicht nur ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten erwartet, sondern auch eine Zunahme der Steuerungskompetenz des Patienten. Die Argumentationskette „mehr Transparenz – mehr Kostenbewusstsein – mehr Wirtschaftlichkeit“ setzt voraus, dass sich Arzt und Patient als weitgehend gleichberechtigte Partner gegenüber treten. Nur wenn beide Seiten den Nutzen und die Angemessenheit einer Behandlung richtig einschätzen können, wird der Spielraum für die Erbringung angebotsinduzierter Leistungen sinken und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung steigen.

Das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient hat seine Ursache jedoch vor allem in unterschiedlichen Kenntnissen hinsichtlich der angemessenen Diagnostik und Wahl der angemessenen Therapie von Erkrankungen (Rice 2003). Ein Informationszuwachs für den Patienten hinsichtlich Art, Menge und Kosten der abgerechneten Leistungen ändert an diesem Informationsgefälle und dem strukturellen Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Arzt und Patient nichts (Wasem 2000). „Wenn der durchschnittliche Patient weder die Notwendigkeit von medizinischen Diagnose- oder Therapiemaßnahmen noch deren Qualität in vielen Fällen hinreichend beurteilen kann, ... ist die bloße Kenntnis über die Kosten der erfolgten Maßnahmen für das eigene Inanspruchnahmeverhalten vermutlich weithin irrelevant“ (Jacobs et al. 2010: 19).

Aus der Rechnung des Arztes kann der Patient keine Informationen über die Angemessenheit oder gar die Qualität der abgerechneten Leistungen entnehmen. Alleine durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips sind deshalb die Zunahme der Steuerungskompetenz des Patienten und damit eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht zu erkennen. Die Patienten sind weiterhin nicht in der Lage, durch diesen Zugewinn an reinen Preisinformationen angebotsinduzierte Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verhindern. Dieser Zusammenhang wird auch durchaus konzediert (Schäfer 2008). Kritisiert wird allerdings, dass Gegner des Kostenerstattungsprinzips die Autonomie der Versicherten im Falle einer Behandlungssituation nach wie vor als

außerordentlich gering und die Suggestivkraft des Leistungsanbieter außerordentlich hoch einschätzten (von Stillfried 2008). Letztlich sind jedoch für die Steuerung ambulanter ärztlicher Leistungen vor allem Regulierungsinstrumente auf der Angebotsseite – insbesondere die jeweils vorherrschenden Vergütungssysteme – und weniger Steuerungsinstrumente auf der Nachfrageseite entscheidend.

Zu den Vergütungssystemen und ihren Wirkungen auf der Nachfrageseite ist weiterhin zu bedenken, dass ihre Ausgestaltung dem Transparenzprinzip zuwiderlaufen kann, wenn wie beim EBM eine ausdifferenzierte Abbildung des ärztlichen Leistungsgeschehens erfolgt und womöglich zahlreiche Abrechnungsbestimmungen enthalten sind. Rechnungen auf einer solchen Grundlage wären nur für ausgewiesene Experten, nicht aber für die weit überwiegende Zahl von Patienten nachvollziehbar. Transparenz würde dann allenfalls hinsichtlich der absoluten Höhe der Kosten der Inanspruchnahme erreicht.

3 Empirische Erkenntnisse zur Kostenerstattung

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die Frage, ob sich die im vorigen Kapitel theoretisch hergeleitete Argumentationskette – Kostenerstattung führt zu erhöhter Transparenz und damit zu einem erhöhten Kostenbewusstsein und letztlich zu verminderter Inanspruchnahme von Leistungen – empirisch belegen lässt oder sich die Zweifel an dieser Argumentationskette auch empirisch bestätigen lassen. Dazu werden erstens die empirischen Erkenntnisse zur Kostenerstattung in Deutschland sowohl in der GKV als auch in der PKV zusammengefasst. Dabei handelt es sich sowohl um Evaluationen von Modellprojekten als auch um Erfahrungen mit den in vorherigen Abschnitten beschriebenen gesetzlichen Regelungen vor dem GKV-Finanzierungsgesetz. Zweitens werden die Erfahrungen mit dem Kostenerstattungsprinzip in zwei Ländern ausgewertet, in denen das Kostenerstattungs- und das Sachleistungsprinzip parallel nebeneinander existieren (Niederlande und Australien).

3.1 Kostenerstattung in Deutschland

Insgesamt ist die vorliegende Empirie zu den Auswirkungen des Kostenerstattungsprinzips in Deutschland als dürftig zu bezeichnen (Freytag et al. 2007). Für die GKV konnten lediglich zwei empirische Studien zu den Auswirkungen des Kostenerstattungsprinzips auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen identifiziert werden (Jacobs/Reschke 1994; König et al. 1999). Die Autoren Freytag et al. 2007 weisen mit Recht darauf hin, dass die Auswirkungen der mit dem Kostenerstattungsprinzip verbundenen finanziellen Vorleistungsverpflichtung explizit bisher noch gar nicht empirisch untersucht wurden. In den beiden unten diskutierten Erprobungsregelungen wurde die Kostenerstattung mit Selbstbeteiligungsregelungen kombiniert. Letztere wurde allerdings – so die jeweiligen Autoren – in der Regel durch private Zusatzversicherungen kompensiert (Jacobs/Reschke 1994; König et al. 1999). Die verbleibenden Effekte können daher mit einiger Wahrscheinlichkeit auf das Kostenerstattungsprinzip zurückgeführt werden.

Diese Studien werden ergänzt durch Bevölkerungsbefragungen zur Bekanntheit und zur Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010; Zok 2010) sowie durch die Ergebnisse des gesetzlich vorgeschriebenen Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit den durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Abs. 2 SGB V (GKV-Spitzenverband 2009) und Erfahrungen mit der Kostenerstattung in der privaten Krankenversicherung (Schneider/Vetterle 1985).

3.1.1 Auswirkungen der Kostenerstattung auf das Inanspruchnahmeverhalten

Schon mit dem Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 1988 hat der Gesetzgeber die gesetzlichen Grundlagen für Erprobungsregelungen zur Kostenerstattung geschaffen. Die gesetzlichen Regelungen sahen wissenschaftliche Evaluationen dieser Modellprojekte vor. Für die Erprobungsregelung der Innungskrankenkasse (IKK) im Kreis Mettmann und das bundesweite Angebot der Ersatzkassen liegen die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Evaluationen vor.

Die empirische Basis für die Evaluation der Erprobungsregelung zur Kostenerstattung der IKK im Kreis Mettmann ist insofern begrenzt, als dass im Beobachtungszeitraum (Kalenderjahre 1990 und 1991) im Durchschnitt 70 Personen von insgesamt rund 25.000 Versicherten der Kasse an der Kostenerstattung

teilgenommen haben. Die Ergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten der betroffenen Versicherten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von IKK-Versicherten mit vergleichbaren soziodemographischen Daten konnten die Erwartungen an die Kostenerstattung im Hinblick auf ein reduziertes Inanspruchnahmeverhalten nicht bestätigen. Im Gegenteil war die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen der teilnehmenden Versicherten in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Querschnitt gegenüber der Kontrollgruppe sogar deutlich höher. Darüber hinaus stieg im Längsschnitt – also im Jahr 1991 im Vergleich zum Jahr 1990 – bei einer unveränderten Anzahl der Arztkontakte die Höhe der erstattungsfähigen Rechnungen der teilnehmenden Versicherten deutlich an. Trotz der oben angesprochenen niedrigen Fallzahl deuten diese Ergebnisse eher darauf hin, dass ein steigendes Kostenbewusstsein im Rahmen eines ökonomisch rationalen Verhaltens zu steigender Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen führen kann (Jacobs/Reschke 1994).

Die Autoren der Studie sehen keine positiven Auswirkungen der Kostenerstattungsregelung aus der Perspektive der GKV (Jacobs/Reschke 1994: 12): „Die Behandlung der Teilnehmer an der Erprobungsregelung als ‚Privatpatienten‘ und die entsprechende privatärztliche Liquidation bedeutet aus volkswirtschaftlicher Sicht erhebliche Mehrausgaben, die zum überwiegenden Teil außerhalb der GKV finanziert werden, bei den Teilnehmern der Erprobungsregelung ganz überwiegend durch den Abschluss privater Zusatzversicherungen. ... Damit werden bei den Teilnehmern an der Kostenerstattungsregelung keinerlei unmittelbare Anreize für ein kostenbewusstes Inanspruchnahmeverhalten gesetzt.“ Diese Schlussfolgerung wird auch in dem Beitrag von Freytag et al. zur empirischen Evidenz der Effizienzwirkungen der Kostenerstattung getragen. Kostenerstattung und finanzielle Vorleistung seien danach noch keine ausreichenden Instrumente, um eine Reduktion der Inanspruchnahme zu bewirken. Sie könnten sogar in entgegengesetzter Richtung wirken (Freytag et al. 2007: 50): „Für die Seite der Leistungserbringer ist festzuhalten, dass die ... Konstruktion aus Kostenerstattungsprinzip für GKV-Versicherte und privater Zusatzversicherung einen im Vergleich zum Sachleistungsprinzip stärkeren Anreiz zur Leistungsausweitung ausübt.“

Die Evaluation der Kostenerstattung bei den Ersatzkassen beruhte ausschließlich auf einer Befragung der an der Kostenerstattung teilnehmenden Versicherten mit 1390 auswertbaren Fragebogen, die zwischen Dezember 1995 bis Februar 1996 erhoben wurden (König et al. 1999). Objektive Daten von Krankenkassen oder Leistungserbringern zur Validierung der subjektiven Befragungsdaten waren nach Angaben der Studienautoren nicht verfügbar. Insofern sind hier – im Gegensatz zur oben beschriebenen Studie – Aussagen zur Inanspruchnahme nur indirekt ableitbar.

Im Hinblick auf den ersten Teil der Argumentationskette – Kostenerstattung führt zu erhöhter Transparenz – gaben 95,5 % der Befragten an, die Arztrechnungen im Einzelnen angeschaut und darauf geachtet zu haben, dass die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Darüber hinaus gaben 69,5 % der Befragten an, dass die Höhe der Arztrechnungen den Erwartungen entsprochen habe. Bei 1,9 % war die Arztrechnung niedriger als erwartet und bei 12,9 % höher als erwartet ausgefallen. 15,6 % der Befragten konnten dies nicht beurteilen. Vereinzelt gaben Befragte an, Fehler in den Rechnungen gefunden zu haben. Keine Angaben liegen dazu vor, ob die Versicherten im Zweifelsfall beim Arzt auch interveniert haben. Eine Veränderung des ärztlichen Verhaltens hatte der Großteil der befragten Versicherten (67,7 %) nicht wahrgenommen. Weitere 26,4 % konnten eine Verhaltensänderung des Arztes nicht beurteilen. Insofern lässt sich aus diesen Daten ableiten, dass Kostenerstattung relativ zu erhöhter Transparenz führen kann. Es lässt sich jedoch nicht belegen, dass

diese zusätzlichen Informationen auch Konsequenzen im Hinblick auf eine verbesserte Kontrolle der Abrechnungspraxis durch die Versicherten haben (König et al. 1999).

Im Hinblick auf den zweiten und dritten Teil der Argumentationskette – Kostenerstattung führt zu höherem Kostenbewusstsein und verändertem Inanspruchnahmeverhalten – gab ein Viertel der Befragten an, dass sich ihr Verhalten durch die Kostenerstattung geändert habe. Die Gründe für die Verhaltensänderung hätten vor allem in der besseren Information durch den Arzt und in der Kenntnis der Behandlungskosten gelegen. Diese Angaben sind nach den Studienautoren mit Vorsicht zu bewerten, weil exogene Faktoren wie Veränderungen im Gesundheitszustand nicht berücksichtigt und – wie schon oben angegeben – objektive Inanspruchnahmedaten zur Validierung der Befragungsdaten nicht verfügbar waren. Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass erhöhte Transparenz nicht zwangsläufig zu einem erhöhten Kostenbewusstsein führe (König et al. 1999: 18): „Ohne zusätzliche Steuerungselemente, etwa in Form von Selbstbeteiligungen oder Beitragsrückerstattungen, geht von der Kostenerstattung kein finanzieller Anreiz für ein kostengünstigeres Inanspruchnahmeverhalten aus.“

3.1.2 Bekanntheit und Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips

Im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung geplanten Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips wurden die Versicherten der GKV in einer Reihe von Bevölkerungsbefragungen zu der Bekanntheit und Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips befragt. Stellvertretend für diese Befragungen werden an dieser Stelle aktuelle Ergebnisse aus den Befragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) präsentiert (Zok 2010). Die Ergebnisse zeigen übereinstimmend und unabhängig vom Auftraggeber der Befragung, dass die Akzeptanz der Kostenerstattung bei den Versicherten gering ist.

Besonders anschaulich wird dieser Zusammenhang in der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Danach hatten 72 % der befragten GKV-Versicherten noch nie von Tarifen zur Kostenerstattung gehört. Zwei Prozent der Befragten hatten einen Kostenerstattungstarif gewählt und weitere 26 % kannten den Wahltarif Kostenerstattung dem Namen nach. Von der letzten Gruppe gaben 15 % an, ernsthaft über die Wahl eines Kostenerstattungstarifs nachzudenken – dies sind umgerechnet vier Prozent aller GKV-Versicherten. Ein Kostenerstattungstarif – so das Fazit der Versichertenbefragung – stelle damit nur für die allerwenigsten Versicherten eine attraktive Option dar (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010).

Die Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips wurde auch in einer Bevölkerungsbefragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK abgefragt (vgl. Tabelle 1). Allerdings wurde hier nicht danach gefragt, ob die Versicherten einen Kostenerstattungstarif selbst wählen würden. Gefragt wurde nach der grundsätzlichen Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips. Danach fanden immerhin rund 20 % der Befragten das Kostenerstattungsprinzip gut oder sehr gut. Bei chronisch kranken Versicherten sinkt die Zustimmung nur gering auf 16 % bis 18 %. Im Umkehrschluss finden 64 % bis 72 % der Versicherten das Kostenerstattungsprinzip schlecht oder sehr schlecht. Zu ähnlichen Ergebnissen – einer Zustimmungquote von 18 % – kam eine Versichertenbefragung im Auftrag der Barmer/GEK im Jahr 2009.²

² Vgl. DIE WELT vom 13. April 2009: „Bürger lehnen Umbau der Krankenversicherung ab.“, unter: <http://www.welt.de/wirtschaft/article3548988/Buerger-lehnen-Umbau-der-Krankenversicherung-ab.html>.

Tabelle 1: Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV

| | GKV | Chroniker | Diabetiker |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Finde ich sehr gut | 9,6 | 8,5 | 7,0 |
| Finde ich gut | 11,3 | 9,6 | 9,3 |
| Teils, teils | 14,1 | 12,7 | 10,7 |
| Finde ich schlecht | 17,8 | 17,3 | 20,6 |
| Finde ich sehr schlecht | 46,5 | 51,2 | 51,9 |
| Weiß nicht / k.A. | 0,8 | 0,7 | 0,5 |
| Top-two | 20,8 | 18,2 | 16,4 |
| Bottom-two | 64,3 | 68,5 | 72,4 |

Quelle: (Zok 2010): „Patienten sollten die Kosten für Behandlungen und Medikamente zunächst selbst bezahlen und sich anschließend von ihrer Krankenkasse erstatten lassen“; Angaben in Prozent.

3.1.3 Auswirkungen des Kostenerstattungsprinzips nach dem GKV-WSG

Durch die Rechtsänderungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sollte die Wahl der Kostenerstattung für Versicherte flexibler werden. Erstens wurde die Beratungspflicht der Krankenkassen durch eine Informationspflicht der Leistungsanbieter ersetzt. Zweitens wurden die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten verbessert, in dem der Gesetzgeber eine Beschränkung der Kostenerstattung nicht mehr nur auf den Bereich der ambulanten Behandlung, sondern auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ermöglichte. Der GKV-Spitzenverband wurde gesetzlich dazu verpflichtet, einen Bericht zu den Auswirkungen dieser Gesetzesänderungen vorzulegen.

Nach dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes hatten vor dem 1. April 2007 rund 122.000 Versicherte Kostenerstattung gewählt. Das entspricht einem Anteil von 0,17 % – mit einer Variation von 0,37 % bei den Ersatzkassen und 0,006 % bei der Knappschaft. Gut 50 % der Versicherten bei AOK und Knappschaft hatten die Kostenerstattung auf den ambulanten Bereich beschränkt. Im zweiten Halbjahr 2008 ist der Anteil der Versicherten mit Kostenerstattung geringfügig auf 0,19 % (rund 132.000 Versicherte) gestiegen. Der quantitative Anstieg erfolgte vor allem bei den Betriebskrankenkassen, während die Entwicklung bei den Ersatzkassen deutlich rückläufig war. 63 % der Versicherten mit Kostenerstattung haben eine Beschränkung ihrer Wahl vorgenommen. Außerdem hatten im November 2010 rund 392.000 Versicherte einen Wahltarif nach § 53 Abs. 4 SGB V (Kostenerstattung) gewählt. Davon hatten 385.000 Versicherte einen solchen Wahltarif bei der AOK abgeschlossen.³ Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes handelt es sich hier fast ausschließlich um Versicherte, die bei der AOK Zusatzversicherungen für Auslandsreisen oder Zahnbehandlung abgeschlossen haben. Selbst unter Berücksichtigung der Wahltarife liegt der Anteil der Versicherten mit Kostenerstattung weiterhin unter einem Prozent aller Versicherten.

Statistische Angaben über das Profil von Versicherten mit gewählter Kostenerstattung lagen dem GKV-Spitzenverband nicht vor. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass vor allem ältere Versichertengruppen Kos-

³ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: GKV-Statistik KM 1, abrufbar unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html>.

tenerstattung wählen (GKV-Spitzenverband 2009). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erfahrungen der Erprobungsregelung der IKK in Mettmann Anfang der 1990er Jahre. Die Gründe hierfür könnten darin liegen, dass ältere Versicherte wegen des erhöhten Morbiditätsrisikos ihrer Gesundheitsversorgung eine höhere Präferenz einräumten und eine im Durchschnitt erhöhte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit eine erhöhte Zuzahlungsbereitschaft unterstellt werden könne (GKV-Spitzenverband 2009; Jacobs/Reschke 1994).

3.1.4 Kostenerstattung in der privaten Krankenversicherung

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung ist in der privaten Krankenversicherung das Kostenerstattungsprinzip der Regelfall. Die empirische Grundlage für die Wirkungen der Kostenerstattung ist jedoch noch dürftiger als in der GKV. Die einzige für den Zusammenhang relevante Studie liegt rund 25 Jahre zurück. Die zentralen Erkenntnisse aus der Studie im Auftrag des seinerzeit für die GKV zuständigen Bundesarbeitsministeriums bestätigen, dass die Kostenerstattung zu mehr Transparenz im Sinne einer erhöhten Kostenkenntnis der Versicherten führt. Kostenerstattungsversicherte würden danach ihre selbst verursachten Kosten und die Vergütung der Ärzte besser kennen als Sachleistungsversicherte. Darüber hinaus versuchten Kostenerstattungsversicherte häufiger auf die Kosten der ärztlichen Behandlung Einfluss zu nehmen als Sachleistungsversicherte. Allerdings führe Kostenerstattung nach dieser Studie auch zu einem erhöhten Anspruchsdenken an das Gesundheitssystem und damit eben nicht zu verminderter Leistungsanspruchnahme. Er gebe keinerlei Hinweise, dass Kostenerstattungsversicherte geringere Leistungskosten verursachten als Sachleistungsversicherte (Schneider/Vetterle 1985).

Tabelle 2: Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips in der PKV

| | PKV | Arzt im letzten Jahr | Chroniker |
|-------------------------|-------------|----------------------|-------------|
| Finde ich sehr gut | 26,0 | 25,4 | 25,3 |
| Finde ich gut | 17,7 | 18,4 | 19,3 |
| Teils, teils | 17,5 | 17,2 | 18,0 |
| Finde ich schlecht | 16,7 | 16,0 | 15,3 |
| Finde ich sehr schlecht | 21,6 | 22,4 | 20,7 |
| Weiß nicht / k.A. | 0,4 | 0,6 | 1,4 |
| Top-two | 43,7 | 43,7 | 44,7 |
| Bottom-two | 38,3 | 38,5 | 36,0 |

Quelle: (Zok 2010) „Patienten sollten die Kosten für Behandlungen und Medikamente zunächst selbst bezahlen und sich anschließend von ihrer Krankenkasse erstatten lassen“; Angaben in Prozent.

Aus den schon oben zitierten Befragungsergebnissen des WIdO-Monitors 2010 geht hervor, dass die Akzeptanz des Kostenerstattungsprinzips in der PKV höher ist als in der GKV (vgl. Tabelle 2). Knapp 44 % der Befragten in der PKV finden das Kostenerstattungsprinzip gut oder sehr gut. Im Umkehrschluss finden fast 40 % der Befragten in der PKV die Kostenerstattung schlecht oder sehr schlecht. Es ist nicht auszuschließen, dass sich hier auch eine generelle Unzufriedenheit mit der Prämienentwicklung und einer zunehmend restriktiven Erstattungspraxis in der PKV äußert (Jacobs et al. 2010).

Beide zuletzt genannten Phänomene sind Ausdruck für die nachlassende Wirksamkeit des der privaten Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumentariums. Aus diesem Grund hat die Kommission zu Reform des Versicherungsvertragsgesetzes schon im Jahr 2004 gefordert, dass „das Leitbild der Privaten Krankenversicherung zukunftsbezogen nicht nur auf die reine Kostenerstattung begrenzt werden kann, sondern den Rahmen eröffnen muss, auch neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität zu ermöglichen“ (VVG-Kommission 2004: 165). Gleichzeitig wird vor diesem Hintergrund die erfolgreiche Forderung der PKV nach Partizipation an den verbesserten Steuerungsmöglichkeiten der GKV im Rahmen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes und die Diskussion um eine Öffnungsklausel im Rahmen der Reform der Gebührenordnung für Ärzte verständlich. Letztlich belegen auch die Erfahrungen in der PKV nicht, dass eine erhöhte Transparenz im Abrechnungsgeschehen zu einem verbesserten Kostenbewusstsein der Versicherten und einer verminderten Leistungsanspruchnahme führt.

3.2 Internationale Perspektive

Vor dem Hintergrund der dürftigen Empirie zu den Auswirkungen von Kostenerstattung in Deutschland werden in diesem Abschnitt die Erfahrungen mit dem Nebeneinander von Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip in den Niederlanden und Australien ausgewertet. In den Niederlanden können Versicherte seit dem Jahr 2006 zwischen den beiden Erstattungsformen wählen. In Australien haben ambulante Leistungserbringer die freie Wahl zwischen beiden Optionen. Die Analyse konzentriert sich darauf, Anreize zum Angebot von Kostenerstattung bei Kostenträgern und Leistungsanbietern zu identifizieren. Außerdem wird untersucht, welche Motive Versicherte bzw. Patienten zur Wahl von Kostenerstattung haben könnten.

3.2.1 Niederlande

In den Niederlanden ist es dem Gesetzgeber im Jahr 2006 gelungen, das duale System aus sozialer Krankenversicherung und privater Vollversicherung in einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt zu überführen (Greß et al. 2007). Dieser Umstand ist insofern bedeutend, weil die Krankenkassen vor der Reform ihre Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip angeboten haben. Im Gegensatz dazu haben die privaten Krankenversicherungen vor der Reform nach dem Kostenerstattungsprinzip abgerechnet. Seit 2006 können die Krankenversicherungen ihren Versicherten beide Abrechnungsmodalitäten oder einen Mix daraus anbieten. Auf den ersten Blick scheinen sich hier für die Versicherten ausgeprägte Wahlmöglichkeiten zu ergeben.

Aus Sicht der Kostenträger – in diesem Fall der Krankenversicherungen – ist das Angebot von Kostenerstattungstarifen in den Niederlanden ambivalent zu bewerten. Die wissenschaftliche Evaluation der Krankenversicherungsreform kam kürzlich zu einer eher pessimistischen Bewertung des Kostenerstattungsprinzips (van de Ven et al. 2009). Die Skepsis bezieht sich auf die entstehende Gefährdung des Sicherstellungsauftrags. Letzterer liegt in den Niederlanden bei den Krankenversicherungen und beinhaltet nicht nur die Erstattung der den Versicherten entstehenden Kosten, sondern auch die Verfügbarkeit bedarfsgerechter gesundheitlicher Leistungen. Der wesentliche Unterschied zwischen Sachleistung und Kostenerstattung läge demnach nicht unterschiedlichen Zahlungsströmen, sondern in den Ansprüchen der Versicherten gegenüber dem jeweiligen Krankenversicherer. Beim Angebot von Kostenerstattungstarifen hätten demnach die Versicherten keine Garantie dafür, dass sie im Bedarfsfall die versicherten

Leistungen auch tatsächlich erhalten könnten. Im Extremfall sei eine Situation vorstellbar, so dass die Krankenversicherer ausschließlich Kostenerstattungstarife anbieten und sich damit ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung entziehen würden. Dies sei besonders dann problematisch, wenn die Versicherten über die Unterschiede zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip nicht informiert seien. Würden Versicherte wegen eines Prämienvorteils das Kostenerstattungsprinzip wählen, könnte diese für die Versicherten „unangenehme und überraschende“ Folgen haben. Es bestehe daher mit anderen Worten die ernstzunehmende Gefahr, dass sich die Krankenversicherer bei einem steigenden Anteil von Kostenerstattungstarifen ihrer Steuerungs- und vor allem Sicherstellungsverantwortung entziehen könnten (van de Ven et al. 2009).

Vordergründig scheint es im niederländischen Krankenversicherungssystem eine Tendenz zum Kostenerstattungsprinzip zu geben. Der Anteil der Versicherten mit einem Sachleistungstarif ist seit dem Jahr 2006 von 67 % auf 50 % zurückgegangen (vgl. Tabelle 3). Im gleichen Zeitraum hat es einen deutlichen Anstieg von Tarifen gegeben, die einen Mix aus Kostenerstattung und Sachleistung vorsehen.

Tabelle 3: Kostenerstattung und Sachleistung in den Niederlanden

| Tarif | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|
| Sachleistung | 67 | 65 | 50 |
| Kostenerstattung | 25 | 26 | 22 |
| Mix aus Kostenerstattung und Sachleistung | 8 | 9 | 28 |

Quelle: (Vektis 2009); Angaben der Versicherten in Prozent.

Diese Verschiebung ist jedoch nicht aufgrund aktiver Wahlentscheidungen der Versicherten zustande gekommen, sondern durch einen einseitig von den Krankenversicherern vorgenommenen Tarifwechsel (van de Ven et al. 2009). Dieser Tarifwechsel wurde von den Versicherten aus zwei Gründen in der Regel nicht beanstandet. Erstens hat eine Studie der Aufsichtsbehörde für die Krankenversicherung gezeigt, dass die Versicherten den Unterschied zwischen Kostenerstattung und Sachleistung normalerweise nicht kennen (NZa 2007). Zweitens hat ein solcher Tarifwechsel für die Versicherten bisher keine praktischen Konsequenzen. Weder gibt es Unterschiede in den Zahlungsströmen – auch im Kostenerstattungsprinzip versenden die Leistungserbringer zur Verwaltungsvereinfachung ihre Rechnungen direkt an den Krankenversicherer und nicht an die Versicherten – noch gibt es Unterschiede in der Vergütungssystematik für Leistungserbringer. Die einschlägigen Studien zu den Motiven beim Wechsel des Krankenversicherers zeigen dann auch, dass die Unterscheidung zwischen Kostenerstattung und Sachleistung für die Wechselentscheidung nicht relevant ist (de Jong et al. 2008; Hendriks et al. 2009; Kerssens/Groenewegen 2005).

Nach den bisherigen Ausführungen dürfte es nicht überraschen, dass die Leistungserbringer in den Niederlanden – insbesondere in der ärztlichen Versorgung – keinerlei Interesse an Kostenerstattungstarifen haben. Die Vergütungssystematiken wurden in den Niederlanden schon im Jahr 1987 vereinheitlicht, so dass der Ärzteschaft durch die Behandlung von privat versicherten Personen seit diesem Zeitpunkt kein finanzieller Vorteil entstand. Gleiches gilt heute für die Behandlung von Versicherten mit Kostenerstattungstarif.

3.2.2 Australien

In Australien werden medizinische Leistungen im ambulanten und stationären Sektor seit 1984 durch die staatliche, obligatorische Grundversorgung *Medicare Australia* für die gesamte australische Bevölkerung finanziert (Healy et al. 2006). Alle medizinischen Leistungen sind im Medicare Benefits Schedule (MBS) aufgeführt, der sowohl den einheitlichen Leistungskatalog als auch die einheitliche Gebührenordnung umfasst. Der MBS enthält die Leistungen mit der jeweiligen Leistungsgebühr und der jeweiligen Erstattungshöhe (DoHA 2010a). Die Funktion der privaten Krankenversicherung in Australien ist auf private Zusatzversicherungen beschränkt. Eine alternative private Krankenvollversicherung wie in Deutschland ist nicht möglich. Die Bürgerinnen und Bürger können freiwillig solche ambulanten Leistungen privat zusätzlich versichern, die nicht Bestandteil des MBS sind. Der Abschluss entsprechender privater Zusatzversicherungen wird öffentlich gefördert.

Medicare übernimmt die Kosten der in der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechneten Einzelleistungen entweder nach dem Kostenerstattungs- oder dem Sachleistungsprinzip. Die Kosten für die Behandlung bei einem Allgemeinmediziner werden auch im Rahmen der Kostenerstattung zu 100 % des im MBS festgelegten Satzes übernommen – womit die Gatekeeping-Funktion gestärkt werden soll. Alle weiteren ambulanten Leistungen – insbesondere die nach Überweisung durch den Allgemeinarzt von einem Facharzt veranlassten Leistungen – werden im Kostenerstattungsprinzip zu 85 % des im MBS festgelegten Satzes erstattet.⁴ Die entstehende Differenz darf den maximalen Betrag von derzeit 71,20 AU\$⁵ pro Leistung nicht überschreiten (DoHA 2010a). Ein Abschluss privater Zusatzversicherungen für die Differenz ist ausgeschlossen.

Die für den Patienten vorteilhafte Abrechnung nach dem Sachleistungsprinzip ist jedoch davon abhängig, ob der Leistungserbringer das Sachleistungsprinzip und damit die Gebührenordnung MBS akzeptiert. Entscheiden sich Allgemein- bzw. Fachärzte für die Kostenerstattung, sind diese nicht an die Gebührenordnung gebunden und können die Honorarhöhe für ihre erbrachten Leistungen frei bestimmen (DoHA 2010a). Durch diese Regelungen sollen Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Regionen geschaffen werden. Das australische Gesundheitsministerium hat in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen zur Zuzahlungsbefreiung und einen umfangreichen sozialen Ausgleich (Medicare Safety Net seit 2004)⁶ für Personen bzw. Familien mit niedrigem Einkommen sowie chronisch Erkrankte eingeführt, um die entstehenden finanziellen Belastungen und Überforderungen der Patienten begrenzen zu können (Van Gool et al. 2006).

Die Erstattung für die Versicherten wird auf der Basis des MBS mit den jeweiligen Erstattungssätzen berechnet. Nicht finanziert werden von Medicare die Out-of-Pocket-Kosten, die die Differenz zwischen der Erstattungshöhe im MBS und des über die Gebührenordnung hinaus in Rechnung gestellten Honorars der Leistungserbringer kennzeichnen. Seit Jahren steigen diese Zuzahlungen kontinuierlich (DoHA 2010b; Van Gool et al. 2006).⁷ Eine gesetzlich festgelegte Obergrenze für diese Out-of-Pocket-Kosten gibt es nicht. Allerdings erhalten Bedürftige einen sozialen Ausgleich im Rahmen des Medicare Safety Net.

⁴ Liegt keine Überweisung vor, erstattet Medicare nicht.

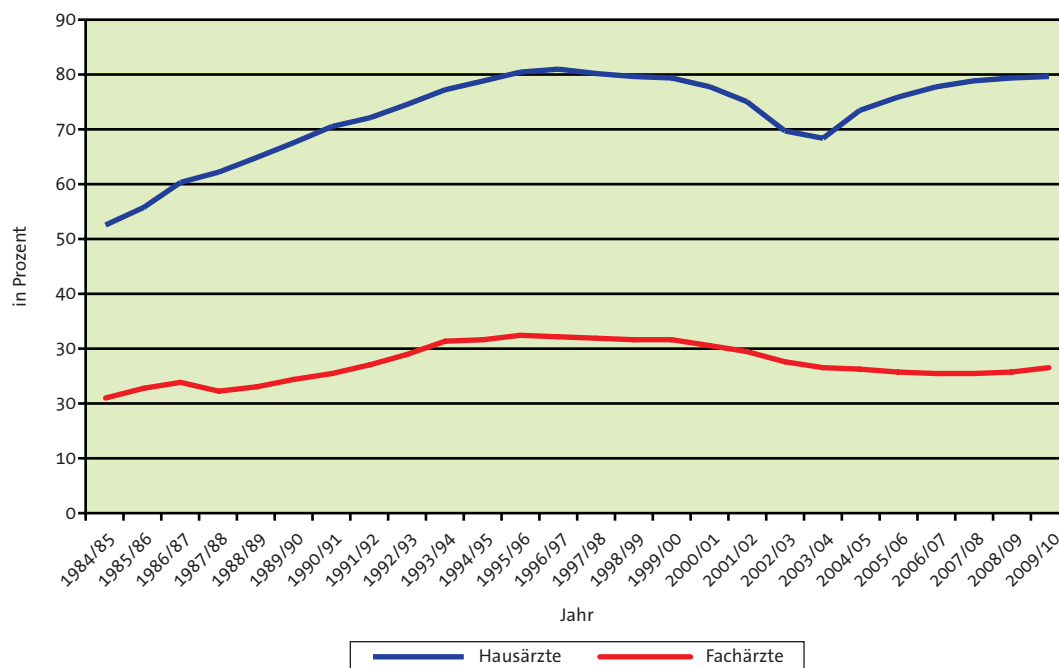
⁵ 1 EUR = 1,3052 AU\$ am 26.12.2010.

⁶ Siehe ausführlich zum Medicare Safety Net unter: <http://www.medicareaustralia.gov.au/public/services/msn/index.jsp#N1003C>.

⁷ Patienten zahlten durchschnittlich für jeweils eine in Rechnung gestellte ambulante Leistung (out-of-pocket) im September 2010 bei Allgemeinärzten 24,20 AU\$ im Vergleich zu 16,69 AU\$ im September 2006 und bei Fachärzten 46,95 AU\$ im September 2010 im Vergleich zu 35,21 AU\$ im September 2006 (DoHA 2010b).

In Abbildung 2 werden für den Zeitverlauf zwischen 1984 und 2010 die Auswahl der Erstattungsform nach Kostenerstattung oder nach Sachleistung durch Allgemein- und Fachärzte dargestellt. Die Abrechnungen nach dem Sachleistungsprinzip der Allgemeinärzte nahmen – trotz Ausbau der primärärztlichen Versorgung – seit 1997 ständig ab und erreichten im Jahr 2003/04 mit 68,2 % der Allgemeinärzte den niedrigsten Stand. Im Jahr 2004 wurden für die niedergelassenen Allgemeinmediziner finanzielle Anreize im Rahmen des Safety Nets eingeführt, um die Teilnahme am Sachleistungsprinzip zu fördern und die Zuzahlungen für Patienten zu senken (DoHA 2010a; Swerissen 2004a; Swerissen 2004b). Derzeit rechnen 79,5 % der Allgemeinmediziner nach dem Sachleistungsprinzip ab. 26,7 % der Fachärzte wählten im Jahr 2003/04 und auch in den Quartalen 2009/10 das Sachleistungsprinzip. Mit durchschnittlich 70 % ist das Kostenerstattungsprinzip bei den Fachärzten eindeutig dominierend.

Abbildung 2: Abrechnung nach dem Sachleistungsprinzip von Haus- und Fachärzten in Australien 1984 bis 2010



Quelle: Eigene Darstellung nach (DoHA 2010c) S. 4 und 7.

Die Versicherten haben keinen Einfluss darauf, ob der behandelnde Arzt nach dem Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip abrechnet. Allerdings haben die Versicherten im Grundsatz die Möglichkeit, einen nach dem Sachleistungsprinzip abrechnenden Allgemeinmediziner zu wählen. Regionale Unterschiede in der Arztdichte schränken diese freie Arztwahl aber ein. Insgesamt sind in Australien deutlich weniger Hausärzte in ländlichen Regionen bzw. entlegenen Gemeinden ansässig. Aus Sicht der primärärztlichen Leistungserbringer bedeutet die Wahl der Erstattungsform nach dem Sachleistungsprinzip – trotz finanzieller Anreize – eine Einkommenseinbuße (DoHA 2010a). Daher entscheiden sich auch Allgemeinärzte in ländlichen Regionen eher zugunsten der Abrechnung nach dem Kostenerstattungsprinzip.

In dicht besiedelten Regionen führt der Preiswettbewerb unter den Allgemeinärzten dazu, dass diese sich stärker an den Erstattungsbeträgen des MBS orientieren. In den Städten befinden sich aber wiederum

auch mehr Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status, die insbesondere bei der Konsultation eines Facharztes in der Lage sind, die Eigenbeteiligung und die Honorarforderung zu zahlen (Swensen 2004b).

3.2.3 Drei-Länder-Vergleich

Der internationale Vergleich hat zum Ziel, Anreize zum Angebot von Kostenerstattung bei Kostenträgern und Leistungsanbietern zu identifizieren. Außerdem wird untersucht, welche Motive Versicherte bzw. Patienten zur Wahl von Kostenerstattung haben könnten. Die zentralen Erkenntnisse zu diesen Themenfeldern sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Tabelle 4: Kostenerstattung im internationalen Vergleich

| | Deutschland (GKV) | Niederlande | Australien |
|---|--|--|--|
| Anreize zur Wahl von Kostenerstattung für Versicherte | gering (Einerseits: bevorzugte Behandlung. Andererseits: Differenz zwischen EBM und GOÄ muss individuell finanziert werden) | gering (Unterschiede werden nicht wahrgenommen) | gering (Wahlmöglichkeit nur aufgrund freier Arztwahl, die aber insbesondere für Allgemeinärzte in ländlichen Regionen eingeschränkt ist und für Fachärzte gar nicht gilt) |
| Anreize zum Angebot von Kostenerstattung für Leistungserbringer | hoch (unterschiedliche Vergütungssysteme) | gering (einheitliches Vergütungssystem) | hoch (Honorar im Kostenerstattungssystem frei bestimmbar) |
| Anreize zum Angebot von Kostenerstattung für Kostenträger | gering (erhöhte Verwaltungskosten; Verlust an Steuerfähigkeit; „PKV-Tarife“ nicht finanzierbar) | theoretisch (Gefahr, dass sich Krankenversicherung ihrer Steuerungsverantwortung entziehen) | nicht relevant (kein wettbewerbles Krankenversicherungssystem) |

Quelle: Eigene Recherchen.

In den drei Ländern zeigt sich eine hohe Bandbreite hinsichtlich der Anreize für Versicherte bzw. Patienten, das Kostenerstattungsprinzip in Anspruch zu nehmen. Die Attraktivität des Kostenerstattungsprinzips in Deutschland könnte für Versicherte darin liegen, in der Arztpraxis bevorzugt behandelt zu werden. Hintergrund ist die Möglichkeit für den Arzt, einen deutlich höheren Vergütungssatz abzurechnen. Gleichzeitig gehen die Patienten ein hohes finanzielles Risiko ein, weil sie die Differenz zwischen GOÄ und EBM selbst tragen müssen. Dieses Risiko tragen auch Patienten in Australien. Der entscheidende Unterschied zwischen den beiden Ländern liegt darin, dass die Patienten in Australien nur eine geringe und indirekte Wahl zwischen Kostenerstattung und Sachleistung haben. Diese Wahl hat als Voraussetzung, dass der Patient einen Arzt findet, der nach dem Sachleistungsprinzip abrechnet. Die Wahrscheinlichkeit hierfür steigt in Regionen, in denen ein Preiswettbewerb zwischen den Ärzten existiert. Einen starken Kontrast zu Deutschland und Australien stellt die Situation in den Niederlanden dar. Hier nehmen die Versicherten keinerlei Unterschiede zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wahr.

Zusammenfassend lassen sich aus dem internationalen Vergleich die drei folgenden Schlussfolgerungen ableiten:

1. Wird dem Leistungserbringer die Wahl zwischen Abrechnung nach Kostenerstattung und Sachleistung überlassen und weichen außerdem die Abrechnungsbeträge von den Erstattungsbeträgen nach oben ab, kann dies für die Patienten erhebliche finanzielle Folgen haben. Die freie Arztwahl löst dieses Problem nicht vollständig. Die Patienten werden nicht immer Leistungsanbieter finden, die freiwillig nach dem Sachleistungsprinzip abrechnen.
2. Das Interesse der Leistungsanbieter am Kostenerstattungsprinzip ist dann extrem niedrig, wenn die Höhe der Abrechnungsbeträge in Kostenerstattung und Sachleistung nicht voneinander abweichen. Eine Angleichung der Abrechnungssysteme reduziert damit das Interesse der Leistungsanbieter an der Kostenerstattung dramatisch. Gleichzeitig würde aus Sicht der Versicherten ein wesentlicher Nachteil der Kostenerstattung entfallen.
3. Wenn sich die Versicherten des Unterschieds zwischen Sachleistung und Kostenerstattung nicht bewusst sind, können sich die Versicherer durch den Ausbau des Kostenerstattungsprinzips ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung entziehen. Es besteht damit die Gefahr, dass sich die Krankenversicherer bei einem steigenden Anteil von Kostenerstattungstarifen ihrer Steuerungs- und vor allem Sicherstellungsverantwortung entziehen.

4 Reform der Regelungen zur Kostenerstattung im GKV-Finanzierungsgesetz

Für eine Wirkungsanalyse der reformierten Regelungen zur Kostenerstattung im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) sind zwei Regelungskomplexe relevant (Jacobs et al. 2010). Erstens haben Versicherte in der GKV vor der Umsetzung des GKV-FinG über § 13 Abs. 2 SGB V einen generellen Anspruch auf Kostenerstattung. Wenn Versicherte diese Option wahrnehmen, können sie die Kostenerstattung auf die ärztliche, zahnärztliche oder stationäre Versorgung sowie veranlasste Leistungen beschränken. Die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt sich auf Leistungen der Regelversorgung und die Vergütungshöhe im Sachleistungsprinzip abzüglich von Abschlägen für erhöhte Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Bindungsfrist beträgt ein Jahr.

Zweitens haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Wahltarife mit der Option Kostenerstattung anzubieten. Hier haben die Krankenkassen erweiterte Gestaltungsoptionen im Hinblick auf die zu erstattenden Leistungen und die zu erstattende Vergütungshöhe. Die Kassen können den Versicherten im Rahmen des Wahltarifs Kostenerstattung Leistungen außerhalb der Regelversorgung erstatten und die Erstattungshöhe variabel gestalten. Allerdings müssen – wie in allen anderen Wahltarifen auch – die Aufwendungen für den Wahltarif Kostenerstattung aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, um eine Quersubventionierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Die Bindungsfrist für die Versicherten beträgt drei Jahre.

4.1 Genereller Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Um die Wahrnehmung des generellen Anspruchs auf Kostenerstattung zu erleichtern, hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-FinG drei Änderungen vorgenommen. Erstens entfällt die Auflage, dass der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer die erfolgte Beratung schriftlich zu bestätigen hat (Satz 3). Der Gesetzgeber stellt in der Gesetzesbegründung die Notwendigkeit eines formalisierten schriftlichen Verfahrens in Abrede. Vor dem Hintergrund des Informationsungleichgewichts zwischen Leistungserbringer und Patient wäre jedoch genau ein solches formalisiertes Verfahren notwendig, um den Patienten über die Konsequenzen seiner Wahl aufzuklären. Die Informations- und Beratungspflichten der Leistungserbringer werden durch diese Änderung weiter reduziert. Gleichzeitig steigt die Verantwortung der Krankenkassen, die Versicherten über die möglichen Konsequenzen der Kostenerstattung zu informieren.

Die zweite Änderung betrifft Neuregelungen für die bisher vorgesehenen Erstattungsabschläge für erhöhte Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Satz 9). Der Erstattungsabschlag für erhöhte Verwaltungskosten wird auf fünf Prozent begrenzt – mit zusätzlichen Regelungen für die Kostenerstattung im Rahmen der Arzneimittelversorgung. Der Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfällt völlig. Außerdem entfällt der Hinweis, dass Zuzahlungen bei der Erstattung ebenfalls in Abzug zu bringen sind. Letzteres ergibt sich aus der Regelung, dass die Erstattungshöhe in der Kostenerstattung auf das Erstattungsniveau im Sachleistungsprinzip begrenzt ist. Die Begrenzung des Verwaltungskostenabschlags begründet der Gesetzgeber nicht. Der Wegfall des Abschlags für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird damit begründet, dass der Versicherte bei der Kostenerstattung durch die Überprüfung der Rechnung die Möglichkeit hätte, Leistungspositionen zu hinterfragen und damit das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren.

Der Wegfall von Abschlägen für das Fehlen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist zu kritisieren. Die Begründung des Gesetzgebers hierfür ist nicht überzeugend. Der Patient kann unwirtschaftliches Handeln der Leistungserbringer nur vermuten, hat selbst aber keine Handhabe zur Kontrolle, schon aufgrund der unvollkommenen Kenntnis über die Leistungsqualität. Die Begründung lässt überdies den ganz anderen Ansatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V außer Acht und konterkariert damit dessen Zielsetzung. Die Prüfung nach § 106 SGB V geht in aller Regel nicht von der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall, sondern systemisch von der Gesamtwirtschaftlichkeit in einzelnen Leistungs- und Verordnungsbereichen aus.

Wenig sachgerecht ist auch die Begrenzung der Abschläge für Verwaltungskosten auf fünf Prozent des Erstattungsbetrags. Dieser Abschlag deckt den zusätzlichen Verwaltungsaufwand – insbesondere für die Beratung der Versicherten und die Administration der Rechnungen – nicht ab. Für die Krankenkassen wird die Option der Kostenerstattung für die Versicherten auch vor dem Hintergrund der Nullrunde für die Verwaltungskosten damit zunehmend finanziell unattraktiv – zumal hier im Gegensatz zu den Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V kein Verbot der Quersubventionierung gilt.

Die dritte Änderung im GKV-FinG betrifft die Verkürzung der Bindungsfrist von einem Jahr auf ein Kalendervierteljahr (Satz 10). Diese solle, so die Begründung des Gesetzgebers, größtmögliche Flexibilität bei der Wahl der Kostenerstattung gewährleisten. Die Verkürzung der Bindungsfrist an die Kostenerstattung ist ambivalent zu bewerten. Einerseits sinkt im Sinne der Intention des Gesetzgebers die Schwelle für die Versicherten, die Option zur Kostenerstattung wahrzunehmen. Andererseits erleichtert die verkürzte Bindungsfrist auch die Exit-Möglichkeit für Versicherte, die die Option auf Kostenerstattung wieder aufgeben wollen.

Insgesamt hat der Gesetzgeber nur vorsichtige Änderungen im § 13 Abs. 2 SGB V vorgenommen. Ein Anspruch auf Erstattung für die Versicherten besteht weiterhin höchstens in der Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu erbringen hätte. Eine weitergehende Regelung ohne Angleichung der Vergütungssysteme EBM und GOÄ hätte unabsehbare Konsequenzen für die Ausgabenentwicklung der GKV insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt. Diese Beschränkung des Erstattungsanspruchs ist jedoch das zentrale Element, das die Attraktivität der Kostenerstattungsoption für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig begrenzt. Daher werden die angesprochenen Änderungen im GKV-FinG die Attraktivität der Kostenerstattungsoption nicht wesentlich erhöhen.

4.2 Wahlтарife Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V

Bis auf eine redaktionelle Änderung bleiben die Regelungen in § 53 Abs. 4 SGB V unverändert. Allerdings hat der Gesetzgeber zwei zentrale Rahmenbedingungen für Wahlтарife generell verändert – die Änderungen gelten dementsprechend auch für Wahlтарife mit Kostenerstattung. Erstens hat der Gesetzgeber für mehrere Wahlтарife – einschließlich derer nach § 53 Abs. 4 SGB V – die Mindestbindungsfrist für die Versicherten von drei Jahren auf ein Jahr reduziert. Diese Verkürzung erhöhe nach der Gesetzesbegründung die Wahlfreiheit der Versicherten. Die bisherige Mindestbindungsfrist von drei Jahren für Wahlтарife habe die Versicherten davon abgehalten, diese in Anspruch zu nehmen.

Aus Perspektive der Versicherten gilt hier die gleiche ambivalente Bewertung wie bei der Verkürzung der Bindungsfrist der Option zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Einerseits sinkt im Sinne der Inten-

tion des Gesetzgebers die Schwelle für die Versicherten, in einen Kostenerstattungstarif zu wechseln. Andererseits erleichtert die verkürzte Bindungsfrist auch die Exit-Möglichkeit für Versicherte, den Wahltarif nach einem Jahr wieder aufzugeben. Problematisch ist die Verkürzung der Bindungsfrist für Wahltarife Kostenerstattung aus Sicht der Krankenkassen. Der Gesetzgeber begründet das Festhalten an der dreijährigen Bindungsfrist für Wahltarife nach § 53 Abs. 1 SGB V (Selbstbehalt) und Abs. 6 (Krankengeld) mit der bei diesen Tarifen notwendigen langfristigen Kalkulationsgrundlage. Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V bedürfen jedoch einer ähnlich langfristigen Kalkulationsgrundlage. Diese Unterscheidung der Bindungsfristen ist nicht sachgerecht.

Die zweite Änderung besteht in verschärften Nachweispflichten für das Verbot der Quersubventionierung von Wahlтарifen zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Die Krankenkassen müssen nun der zuständigen Aufsichtsbehörde mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorlegen, das die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen über die Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen offenlegt. Die entsprechende Prüfung hat nach der Gesetzesbegründung durch versicherungsmathematische Sachverständige (Aktuare) zu erfolgen. Der Gesetzgeber verallgemeinert damit eine als sachgerecht anzusehende Praxis mehrerer Anbieter von Wahlтарifen, den Nachweis über die gesetzlichen Anforderungen zur Vermeidung von Quersubventionierungen zu erbringen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass auch durch die Änderungen im GKV-FinG die Wahl eines Wahlтарifs Kostenerstattung für die Versicherten nicht grundlegend attraktiver wird. Das grundlegende Hindernis besteht hier darin, dass – unter der Voraussetzung der Anpassung der Erstattungshöhe an das GOÄ-Niveau – die wegen des Verbots der Quersubventionierung notwendigen Beitragsaufzahlungen diese Tarife finanziell unattraktiv machen. Hieran ändert sich durch die Verkürzung der Bindungsfrist nichts. Die verschärften versicherungsmathematischen Nachweispflichten zementieren dagegen diesen Zusammenhang.

5 **Behandlungsvertrag und Versorgungssteuerung bei Kostenerstattung – Rechtliche Würdigung**

In diesem Kapitel erfolgt eine rechtliche Würdigung des Kostenerstattungsprinzips im Vergleich zum Sachleistungsprinzip im Hinblick auf das vertragliche Verhältnis von Leistungserbringer und Patient sowie hinsichtlich der Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung durch die Krankenkassen.

5.1 **Behandlungsverträge**

5.1.1 **Ausgangsfall**

Ein nicht oder privat Versicherter schließt anlässlich einer Behandlung mit seinem Arzt einen Dienstvertrag (§ 611 BGB) ab. Das Rechtsverhältnis ist nur nach Zivilrecht zu beurteilen. Für das Entgelt ist zwar eine öffentlich-rechtliche Norm, nämlich die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu beachten. Sie ist zwingendes Recht (Laufs et al. 2009). Das ändert aber die Rechtsnatur des Vertragsverhältnisses nicht. § 612 BGB sieht ausdrücklich vor, dass taxmäßige Vergütungen als geschuldet gelten können.

Auch im Falle einer stationären Behandlung kommt es zum Abschluss eines Vertrags mit dem Krankenhaus, wobei die Vorschriften des Krankenhausrechts auch bezüglich der Vergütung zu beachten sind (Laufs et al. 2009).

5.1.2 **Behandlungsvertrag bei Inanspruchnahme von Sachleistungen?**

Ein gesetzlich Versicherter, der „klassischerweise“ Sachleistungen in Anspruch nimmt, muss nach einer im Sozialrecht verbreiteten Auffassung (Laufs et al. 2009; Wigge 2006) für die ambulante ärztliche Behandlung keinen Vertrag abschließen. Die Art der Behandlung wird durch das SGB V und die darauf aufsetzenden Regelungen⁸ bestimmt. Insofern gibt es nach dieser Ansicht keinen Raum für vertragliche Vereinbarungen. Die Bezahlung ist durch das Sachleistungsprinzip bzw. durch die Vorschriften zur Sicherstellung der Versorgung und deren Folgen ebenfalls geregelt. Allein die Krankenkasse hat für die Bezahlung einzustehen.

Auch haftungsrechtlich ist ein Vertrag nicht erforderlich. Für den Fall von Behandlungsfehlern in der ambulanten ärztlichen Versorgung greift § 76 Abs. 4 SGB V, wonach der Arzt zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet ist. Als Rechtsfolgeverweisung verstanden, lässt sich diese Regelung als Argument gegen die Annahme eines Vertrags verwenden. Ungeachtet dessen, gibt es im Zivilrecht die wohl überwiegende Auffassung, die von einem zivilrechtlichen Vertragsverhältnis auch bei gesetzlich Krankenversicherten und der Inanspruchnahme von Sachleistungen ausgeht (Laufs et al. 2009). Der Streit zwischen Sozial- und Zivilrechtlern ist allerdings rein akademischer Natur, weil sich die Ergebnisse nach den divergierenden Auffassungen nicht unterscheiden.

Für die stationäre Behandlung wird einheitlich auch für die gesetzlich Versicherten bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen von einem Behandlungsvertrag zwischen Versichertem und Krankenhaus ausgegangen (Laufs et al. 2009).

⁸ §§ 69 ff. SGB V, insbesondere Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Abs. 6 SGB V), Bundesmantelverträge sowie Beschlüsse des Bewertungsausschusses (§§ 82, 87 SGB V), Gesamtverträge (§ 83 SGB V).

5.1.3 Vertragslage bei Kostenerstattung

Wenn sich ein Versicherter bei einer Behandlung außerhalb des Sachleistungsprinzips bewegt, könnte die Vertragsrechtslage allein nach dem Muster unter 5.1.1 zu beurteilen sein. Davon auszunehmen ist aber die Notfallbehandlung durch einen nicht zugelassenen Arzt. Diese Fälle sind wegen des Sicherstellungsauftrags (§ 75 Abs. 1 SGB V) einerseits und des erweiterten Wahlrechts der Versicherten (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) andererseits der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Sie werden wie die Erbringung von Leistungen im Wege der Sachleistung abgewickelt. Als Folge daraus sind die Notfalleistungen aus der Gesamtvergütung nach den hierfür geltenden Grundsätzen zu honorieren.⁹ Deshalb kann auch für diese Fälle diskutiert werden, ob ein Vertrag zustande kommt oder nicht (siehe 5.1.2). Allerdings ist das nicht ergebnisrelevant: der Versicherte schuldet jedenfalls keine Vergütung und der Arzt haftet entweder über § 76 Abs. 4 SGB V oder direkt aus § 280 Abs. 1 BGB nach bürgerlichem Recht.

Anderes könnte gelten, wenn gesetzlich Krankenversicherte zwar nicht in Durchführung des Sachleistungsprinzips, aber auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Leistungsanspruchs, behandelt werden (wollen). Zwar ist der Versicherungsträger verpflichtet, Sachleistungen zu erbringen, davon befreit ihn aber die ausdrückliche Wahl der Kostenerstattung durch den Versicherten (§ 13 Abs. 1 SGB V) (Schmidbauer 2006). Außerdem kann die Krankenkasse Kostenerstattung in Form von Wahlтарифen anbieten (§ 53 Abs. 4 SGB V). Eine vergleichbare Regelung stellt auch die Teilkostenerstattung (§ 14 SGB V) dar. Allerdings gibt es für diesen Personenkreis keine Beschränkungen in der Wahl der Leistungserbringer wie für die Fälle nach § 13 Abs. 2 SGB V. Dort dürfen nicht im 4. Kapitel (§§ 69 ff. SGB V) genannte Leistungserbringer zum Erhalt des Erstattungsanspruchs nur mit Einwilligung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (§ 13 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V). Völlig ausgeschlossen ist eine Erstattung bezüglich der Ärzte nach § 95b Abs. 3 Satz 1 SGB V.

Für die Vertragsrechtslage in diesen Kostenerstattungsfällen gilt mindestens das unter 5.1.2 Ausgeführte. Zivilrechtler würden einen Behandlungsvertrag annehmen, weil sie das schon in den Fällen der Inanspruchnahme von Sachleistungen bejahen. Aber auch das Sozialrecht müsste das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages zu Grunde legen, weil und wenn es zu einer Vereinbarung der Vergütung in gleicher Weise wie beim „genuinen“ Privatpatienten kommt. Das ist immer dann anzunehmen, wenn eine Behandlung in bewusster Abkehr vom Sachleistungsprinzip und ohne Rücksicht auf das Bestehen einer Versicherung stattfindet. Dann erfolgen Behandlung und Abrechnung wie bei einem sonstigen Privatpatienten, also auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte. Das ist auch bisher immer möglich gewesen.¹⁰ Deshalb ist der Vorwurf der Entmündigung durch das Sachleistungsprinzip nicht stimmig (Wasem 1994). Es gibt wegen der allgemeinen Handlungs- und Vertragsfreiheit keine Verpflichtung des Versicherten zur Inanspruchnahme der Sachleistung. In diesen Fällen gibt es für ihn auch keine Möglichkeit, nachträglich Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V zu verlangen, weil es regelmäßig an der Erfüllung von dessen Voraussetzungen fehlen dürfte. Die Inanspruchnahme direkter und nur vertraglich geregelter Leistung statt der Sachleistung scheidet nicht an der rechtlichen, sondern an der wirtschaftlichen Möglichkeit. Das findet in der Ausgestaltung der Kostenerstattungsregelungen – hemmend oder fördernd – seine Fortsetzung.

Auch bei einem Verständnis der Rechtsbeziehung zwischen Versichertem (Patienten) und Behandler (niedergelassener Arzt, Krankenhaus) „nur“ als Vertrag sind Spezifika zu beachten. Zivilrechtlich zählt die wirt-

⁹ BSG, SozR 4-2500 § 75 Nr. 2; BSGE 71, 117.

¹⁰ Vgl. § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte (Stand 1. 7. 2010).

schaftliche Aufklärung (Deutsch/Spickhoff 2007; Kern 2010; Laufs 2010) zu den vertraglichen Nebenpflichten. Soweit Kenntnisse des Arztes bzw. des Krankenhauses angenommen werden können, aktiviert dies die Schutz- und Rücksichtnahmepflichten nach § 241 Abs. 2 BGB. Der Arzt muss darauf hinweisen, ob eine Leistung üblicherweise zur vertragsärztlichen Versorgung gehört oder nicht. Diese Kenntnisse sind bei seinem Vertragspartner nicht vorauszusetzen. Das gilt entsprechend für eine Aufnahme zur stationären Behandlung.

Daneben gibt es auch sozialrechtliche Pflichten, die nicht nur durch Ärzte und Krankenhäuser, sondern auch durch die Krankenkassen zu beachten sind. Es wird zwar ein „rein“ zivilrechtlicher Behandlungsvertrag durchgeführt. Dieser ist aber für alle erkennbar auf ein sozialrechtliches Versicherungsverhältnis bezogen. Deshalb sind auch die sozialrechtlichen Beziehungen zu betrachten.

5.2 Sozialrechtliche Vorgaben

5.2.1 Regelung der Kostenerstattung in der Satzung

Für alle Wege der Kostenerstattungswahl sind Satzungsregelungen zu treffen. Diese müssen der gesetzlichen Vorgabe folgend in den Fällen des § 13 Abs. 2 SGB V vorsehen, dass eine Erstattung nur in Höhe des Betrags erfolgt, der auch bei Erbringung der Sachleistung für die Krankenkasse angefallen wäre. Außerdem sind Abschläge für Verwaltungskosten vorzusehen sowie Zuzahlungen erstattungsmindernd anzusetzen.

Beim Wahltarif Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V kann die Erstattung 100 % betragen, wenn zusätzlich zum Krankenversicherungsbeitrag eine spezielle Prämienzahlung erfolgt (Schlegel 2010). Die pauschalen Abschläge bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V können hier über die Prämienzahlung kompensiert werden. Die Anforderungen an die Kalkulation werden mit der Neufassung des § 53 Abs. 9 SGB V durch das GKV-FinG verschärft.

Regelungen in der Satzung der Krankenkassen (AOK Niedersachsen 2010; Barmer GEK 2010) dienen der Ausführung gesetzlicher Vorgaben. Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V ist gesetzlich vorgegeben. Die Satzungen wiederholen die gesetzlichen Vorgaben (AOK Niedersachsen 2010; Barmer GEK 2010). Sie sind deshalb als Grundlage weiterer Überlegungen für die Ausgestaltung des Behandlungsverhältnisses unergiebig. Insbesondere lassen sich aus den zitierten Vorschriften keine Erkenntnisse darüber gewinnen, in welcher Weise, d.h. nach welchem Rechenmuster die nach der Gebührenordnung für Ärzte ausgestellten Rechnungen konkret erstattet werden.¹¹

Das Angebot von Kostenerstattung durch einen Wahltarif ist nicht zwingend. Beispielsweise bieten weder die AOK Niedersachsen noch die Barmer GEK im Gegensatz z.B. zur Techniker Krankenkasse (TK) (Techniker Krankenkasse 2010) einen solchen Tarif an. Bei der TK wird in der Satzung angegeben, dass auf der Grundlage der GOÄ abgerechnet wird und für den abrechnungsfähigen Steigerungssatz eine Obergrenze gilt (Techniker Krankenkasse 2010).

Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Satzungsregelungen jedenfalls nur für die Rechtsbeziehungen zwischen Versichertem und Krankenkasse Aussagen treffen. Lediglich bei der Regelung des Wahltarifs z.B.

¹¹ Die GOÄ und der EBM sind nicht kompatibel. Deshalb ist die Art der Abrechnung von Leistungen generell regelungsbedürftig. Was nach GOÄ abgerechnet worden ist, muss nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 SGB V sachleistungskonform erstattet werden. Das Verfahren ist in der Satzung zu regeln. Die Satzung der Barmer GEK verweist in § 25 Abs. 1 auf eine Anlage, die über den Aufruf der Satzung im Internet nicht mitgeliefert wird.

bei der Techniker Krankenkasse dürfte mit der Angabe der Abrechnungsgrundlage GOÄ und der Festlegung auf den Steigerungssatz 3,5 eine weitgehende Deckung mit dem Vertragsverhältnis Patient – Arzt erreicht werden.

5.2.2 Sonstige sozialrechtliche Vorgaben

Direkt auf das Behandlungsverhältnis als Dienstvertrag einwirkende Bestimmungen enthält das Sozialrecht nicht. Mittelbar wirksam wird die Bindung an den Kreis der Behandler gem. §§ 69 ff. SGB V. Dadurch erfolgt eine Lenkung zu möglichen Vertragspartnern. Allerdings kann mit Zustimmung der Krankenkasse davon abgewichen werden. Mit der Begrenzung auf das Sachleistungsäquivalent wird auch für die Behandlung im Wege der Kostenerstattung das gesamte Repertoire des Leistungs- und des Leistungserbringerrechts aktiviert¹² und damit eine inhaltliche Ausgestaltung des Behandlungsvertrages in diesem Sinne nahegelegt, aber nicht erzwungen.

Mittelbar nachteilig auf das dienstvertragliche Verhältnis wirkt sich die Streichung der Dokumentationspflicht in § 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V durch das GKV-FinG aus. Zivilrechtlich besteht zweifellos eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht (siehe 5.1.3). Deren Verletzung ist vom Patienten darzulegen und im Bestreitensfalle zu beweisen. In seiner zivilrechtlichen Beweisnot kam ihm bisher die sozialrechtliche Regelung zu Hilfe. Diese Unterstützung fehlt ihm künftig. Im Übrigen hat die Neuregelung keine Auswirkungen auf die Zivilrechtslage.

Wie bisher auch sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu beraten (§§ 13 bis 15 SGB I). Eine Verletzung dieser Pflichten kann Folgen vor allem in Gestalt eines Herstellungsanspruchs haben. Daran konnte und sollte auch das GKV-FinG nichts ändern.

5.3 Versorgungssteuerung

Das Sachleistungsprinzip und die darauf aufbauende Sicherstellungsverpflichtung haben Anschlussmöglichkeiten für die Steuerung der Versorgung geboten. So hat sich über die Gesamtvergütung sowie die Honorarverteilung und dem zugrunde liegenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (§§ 85 ff. SGB V) für die ambulante ärztliche Versorgung ein System der Mengensteuerung entwickelt. Ergänzend ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) zu nennen. Eine in großem Umfang an die Stelle der Sachleistung tretende Kostenerstattung würde nicht die Sicherstellung beseitigen. Es bliebe wegen der „sachleistungsadäquaten“ Erstattung auch die Möglichkeit erhalten, die Behandlungsfälle und ihre Abwicklung inhaltlich zu prägen. Das wird aber nicht eigentlich durch rechtliche Mechanismen bzw. durch diese nur indirekt bewirkt. Ausschlaggebend dürfte für die Versicherten sein, dass die Sachleistungsorientierung für den Umfang der Kostenerstattung ausschlaggebend ist. Bei der Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V ist diese Bindung noch weiter auf eine Festlegung auf die anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 SGB V) reduziert.

Bei allen Modellen der Kostenerstattung fehlt es somit an Mitteln, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit einem tragbaren Aufwand zu gewährleisten. Eine Kostenerstattung für einzelne Versicherte durch einzelne Krankenkassen in großem Umfang würde das bisher praktizierte systemische Vorgehen zunehmend obsolet werden lassen.

¹² Z.B. auch §§ 135, 137c SGB V.

6 Szenarien für den Ausbau des Kostenerstattungsprinzips in der GKV

Die Analyse in Kapitel 4 hat gezeigt, dass der von der Bundesregierung beabsichtigte Ausbau des Kostenerstattungsprinzips in der GKV mit den beschlossenen Regelungen im GKV-Finanzierungsgesetz voraussichtlich nicht gelingen wird. Es ist daher nicht auszuschließen, dass vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag beschlossenen Ausbaus der Kostenerstattung die Bundesregierung noch in der laufenden Legislaturperiode weitere Maßnahmen zum Ausbau der Kostenerstattung beschließen wird. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in Deutschland aber auch in Australien und den Niederlanden stehen hierzu grundlegende Optionen in zwei wesentlichen Dimensionen zur Verfügung (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Szenarien für den Ausbau des Kostenerstattungsprinzips in der GKV

| | | Dimension I: Abrechnung in Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| | | Einheitliches Abrechnungssystem | Differenziertes Abrechnungssystem |
| Dimension II: Wahlrechte zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip | Obligatorische Kostenerstattung | | Szenario I |
| | Freiwillige Kostenerstattung – Wahlrecht durch Leistungsanbieter | | Australien Szenario II |
| | Freiwillige Kostenerstattung – Wahlrecht durch Versicherte | Niederlande Szenario III | GKV Deutschland (Status Quo) |

Quelle: Eigene Darstellung.

Die erste Dimension betrifft die Abrechnungsmodalitäten. Ein zentrales Hindernis für die Teilnahme an der Kostenerstattung aus Sicht der Versicherten in der GKV war und ist das aus den unterschiedlichen Erstattungs- und Abrechnungssätzen resultierende finanzielle Risiko. Dieses würde entfallen, wenn Leistungserbringer einheitliche Abrechnungsgrundlagen in Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip hätten. Die zweite Dimension betrifft die Wahlrechte zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip. Am weitesten würde hier ein Ansatz gehen, in dem das Sachleistungsprinzip vollständig vom Kostenerstattungsprinzip abgelöst wird. Optionsmodelle könnten den Leistungserbringern bzw. den Versicherten ein Wahlrecht zwischen Kostenerstattung und Sachleistung einräumen. Von den sechs möglichen Ausprägungen in der Kombination der beiden Dimensionen werden hier drei Szenarien genauer im Hinblick auf die Auswirkungen untersucht. Zu diesen Auswirkungen zählen insbesondere der Einfluss auf die Motivation der Versicherten für die Wahl von Kostenerstattungstarifen, mögliche Verhaltensänderungen von Versicherten bzw. Patienten und Leistungserbringern, der entstehende Bürokratieaufwand, möglicherweise entstehende Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses und die Auswirkungen auf die Versorgungssteuerung der Krankenkassen.

6.1 Szenario 1: Obligatorische Kostenerstattung mit differenziertem Abrechnungssystem

Dieses Szenario geht davon aus, dass bei unveränderten Abrechnungsmodalitäten die Kostenerstattung für alle GKV-Versicherten zur Pflicht würde. Eine Wahlmöglichkeit für die Versicherten entfiel damit. Aus ökonomischer Sicht würde dieses die Kostentransparenz für die Versicherten erheblich ausweiten. Durch die obligatorische Rechnungsstellung würden die Versicherten umfassende Preisinformationen über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen erhalten.

Es ist allerdings sehr unwahrscheinlich, dass durch diese erhöhte Kostentransparenz ein höheres Kostenbewusstsein und letztlich ein reduziertes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten resultieren würde. Erstens deuten – wie oben gesehen – theoretische und in eingeschränktem Ausmaß auch empirische Erkenntnisse darauf hin, dass ein erhöhtes Kostenbewusstsein auch zu einer Ausweitung der Leistungsanspruchnahme führen kann. Zweitens würden vorhandene Impulse für einen Nachfragerückgang der Versicherten als Folge erhöhter Kostentransparenz durch einen von den Ärzten induzierten Nachfrageanstieg überkompensiert werden. Um einen solchen angebotsinduzierten Nachfrageanstieg zu verhindern, müsste der Gesetzgeber die finanziellen Anreize im Rahmen einer Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten grundlegend modifizieren (vgl. Szenario 3).

Aus Sicht der Versicherten würde dieses Szenario erhebliche Mehrbelastungen mit sich bringen, da sie von den Krankenkassen nur einen Teil der entstehenden Kosten erstattet bekämen. Ärzte rechnen für die gleiche Leistung nach der GOÄ im Durchschnitt mehr als den doppelten Betrag als nach dem EBM ab (Walendzik et al. 2008). Diese entstehenden Aufzahlungen würden nicht nur das Arzt-Patient-Verhältnis nachhaltig belasten, sondern auch Forderungen an den Gesetzgeber für einen sozialen Ausgleich dieser Belastungen nach sich ziehen.

Aus Sicht der Krankenkassen würde dieses Szenario nur eingeschränkt zu Mehrbelastungen führen, weil die entstehenden Aufzahlungen ausschließlich von den Versicherten zu tragen wären. Betroffen wären die Krankenkassen jedoch vom zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Abwicklung der Kostenerstattung und eines notwendigerweise einzurichtenden sozialen Ausgleichs. Bei einer Finanzierung des sozialen Ausgleichs aus Beitragsmitteln würde die Versichertengemeinschaft mittel- bis langfristig auch einen Teil der Aufzahlungen finanzieren müssen. Mindestens ebenso gravierend wäre es aus Sicht der Kassen, dass im Rahmen einer obligatorischen Kostenerstattung das Instrumentarium zur Versorgungssteuerung nicht mehr greifen würde. Es wäre den Krankenkassen nicht mehr möglich, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit einem tragbaren Aufwand zu gewährleisten (vgl. Abschnitt 5.3).

Zusammenfassend würde ein Szenario mit obligatorischer Kostenerstattung und differenzierten Abrechnungsmodalitäten zu einem erheblichen Anstieg angebotsinduzierter Nachfrage, spürbaren Aufzahlungen der Versicherten und der Notwendigkeit zu einem sozialen Ausgleich der Mehrbelastungen führen. Weitere Konsequenzen wären außerdem die Belastung der Versichertengemeinschaft durch steigende Bürokratiekosten, die Finanzierung des sozialen Ausgleichs und die Wirkungslosigkeit des Instrumentariums zur Versorgungssteuerung.

6.2 Szenario 2: Wahlrecht durch Leistungsanbieter mit differenziertem Abrechnungssystem

Das zweite Szenario beruht auf einer Modifikation des ersten Szenarios. Auch in diesem Szenario blieben die Abrechnungsmodalitäten unverändert. Die Versicherten hätten weiterhin kein Wahlrecht zwischen

Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip. Die entscheidende Modifikation besteht darin, dass Leistungserbringer ein Wahlrecht zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip eingeräumt bekommen. In diesem Fall könnte die entstehende verbesserte Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips – ähnlich wie in Australien praktiziert und wie vom FDP-Bundestagsabgeordneten Lars Lindemann gefordert – die finanziellen Anreize zur Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen verbessern.¹³ Zu unterscheiden wären außerdem zwei Varianten dieses Szenarios. In der Variante „Australien“ gälte das Wahlrecht der Leistungsanbieter zumindest geographisch uneingeschränkt. In der Variante „Lindemann“ wäre das Wahlrecht an das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen – beispielsweise an das Vorliegen regionaler Unterversorgungen – gekoppelt.

Die Auswirkungen dieses Szenarios unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den im Rahmen des Szenarios 1 analysierten Wirkungen. Die Erfahrungen in Australien zeigen, dass die Ärzte ihr Wahlrecht für verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten extensiv nutzen. Dies gilt nicht nur in ländlichen Regionen – auch in den Metropolen funktioniert der beabsichtigte Preiswettbewerb nur unzureichend. Ähnlich wie in Szenario 1 müssten die Versicherten mit erheblichen Aufzahlungen rechnen, die wiederum Forderungen nach einem sozialen Ausgleich nach sich ziehen würden. Durch die Beschränkung des Wahlrechtes auf unterversorgte Regionen könnten die finanziellen Auswirkungen für die Versicherten regional begrenzt werden. Dies würde an der Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs zu Gunsten der von Aufzahlungen betroffenen Versicherten in unterversorgten Gebieten nichts ändern.

Auch aus Sicht der Krankenkassen würde ein Wahlrecht der Leistungserbringer ähnliche Probleme nach sich ziehen wie eine obligatorische Einführung des Kostenerstattungsprinzips. Hier würden ebenfalls erhebliche zusätzliche Bürokratiekosten für die Abwicklung der Kostenerstattung und des notwendigerweise einzurichtenden sozialen Ausgleichs entstehen. Außerdem müsste der soziale Ausgleich – wahrscheinlich aus Beitragsmitteln – finanziert werden und die Versorgungssteuerung der Krankenkassen würde teilweise wirkungslos. Das Ausmaß dieser Effekte hinge letztlich davon ab, ob und inwieweit das Wahlrecht der Leistungserbringer zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip eingeschränkt werden würde.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein Szenario mit Wahlrecht der Leistungserbringer bei unveränderten Abrechnungsmodalitäten zu ähnlichen Problemen führt wie die obligatorische Einführung des Kostenerstattungsprinzips. Eine Einschränkung dieses Wahlrechtes auf unterversorgte Gebiete würde diese problematischen Auswirkungen lediglich regional begrenzen.

6.3 Szenario 3: Wahlrecht durch Versicherte mit einheitlichem Abrechnungssystem

Das dritte Szenario weicht erheblich von den beiden bisher diskutierten Szenarien ab. Erstens wird – wie im Status Quo nach Einführung des GKV-FinG – ausschließlich den Versicherten das Wahlrecht zwischen Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip eingeräumt. Zweitens wird in diesem Szenario aus Versicherungensicht durch die Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten eine zentrale Barriere für die Wahl von Kostenerstattung beseitigt. Durch die Angleichung der Vergütungssysteme würde das finanzielle Risiko für die Versicherten deutlich verringert werden, weil sie in Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip gegenüber ihrer Krankenkasse nahezu den gleichen Erstattungsanspruch hätten. Sie müssten le-

¹³ Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 6. Januar 2011: Kostenerstattung in unterversorgten Regionen. Download am 17. Januar 2011 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=44153>.

diglich wie bisher mit einem Abschlag für die bei den Krankenkassen entstehenden Verwaltungskosten rechnen. Eine solche Wahlmöglichkeit könnte für all diejenigen Versicherten eine attraktive Option sein, die eine hohe Präferenz für Kostentransparenz und ein hohes Interesse an Preisinformationen über durchgeführte Behandlungen haben.

Die Effekte auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten bei dieser Variante der Kostenerstattung sind nicht eindeutig zu bestimmen. Bei vereinheitlichten Abrechnungsmodalitäten dürfte das Interesse der Leistungserbringer zur angebotsinduzierten Ausweitung der Nachfrage weitgehend neutralisiert sein. Es ist nicht unplausibel, dass die Leistungserbringer bei einheitlichen Abrechnungsmodalitäten wegen des niedrigeren bürokratischen Aufwandes und vor allem wegen des geringeren Inkassorisikos eine Präferenz für das Sachleistungsprinzip entwickeln und diese Präferenz ihren Patienten gegenüber kommunizieren.

Ein Nachfragerückgang der Versicherten als Folge erhöhter Kostentransparenz und erhöhten Kostenbewusstseins ist – wie oben beschrieben – wenig plausibel. Es ist vielmehr mit einer moderaten Ausweitung der Leistungsanspruchnahme durch das gestiegene Kostenbewusstsein zu rechnen. Diese könnte wiederum möglicherweise von einem „Vorkasse-Effekt“ überlagert werden, weil Versicherte durch eine mögliche Verauslagung der durch den Arztbesuch entstehenden Kosten ihre Inanspruchnahme reduzieren könnten.

Aus der Perspektive der Krankenkassen bleiben als mögliche Auswirkungen in diesem Szenario der erhöhte Verwaltungsaufwand und die Effekte auf die Versorgungssteuerung. Das Ausmaß dieser Effekte hängt davon ab, inwieweit die Versicherten ihre Möglichkeit zur Nutzung des Kostenerstattungsprinzips in Anspruch nehmen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein einheitliches Abrechnungssystem aus Versichertensicht eine zentrale Barriere zur Inanspruchnahme des Kostenerstattungsprinzips beseitigen würde. Zudem würden die Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage in einem solchen Szenario weitgehend beseitigt. Die Effekte auf die Inanspruchnahme der Versicherten wären dennoch ungewiss. Letztlich ist zu fragen, ob die in einem solchen Szenario erhöhte Kostentransparenz nicht auch mit geringeren administrativen Aufwendungen durch eine für den Patienten kostenfreie Patientenquittung erreicht werden könnte.

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 1: | Zahlungsströme im Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip | 11 |
| Abbildung 2: | Abrechnung nach dem Sachleistungsprinzip von Haus- und Fachärzten in Australien 1984 bis 2010 | 23 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|--|----|
| Tabelle 1: | Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV | 18 |
| Tabelle 2: | Beurteilung des Kostenerstattungsprinzips in der PKV | 19 |
| Tabelle 3: | Kostenerstattung und Sachleistung in den Niederlanden | 21 |
| Tabelle 4: | Kostenerstattung im internationalen Vergleich | 24 |
| Tabelle 5: | Szenarien für den Ausbau des Kostenerstattungsprinzips in der GKV..... | 33 |

Literatur

- AOK Niedersachsen (2010). Satzung der AOK Niedersachsen vom 1. 4. 2010. <http://www.aok.de/assets/media/niedersachsen/satzung.pdf>
- Barmer GEK (2010). Satzung der Barmer GEK vom 1.1.2010. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/UeberUns/UeberUns/Gremien/Satzungen/Satzung_20Barmer_20GEK,property=Data.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit/Bundesärztekammer (2010). Für eine gerechte und zukunftsfeste Gesundheitsversorgung. Gemeinsame Presseerklärung vom 27.8.2010. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. <http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2010/pm-10-08-27-gesundheitsversorgung.html> (12. November 2010).
- CDU/CSU/FDP (2010). Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, 1-132.
- de Jong, J. D./A. van den Brink-Muinen/P. P. Groenewegen (2008). The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled. *BMC Health Services Research* 8(58): doi:10.1186/472-6963-8-58.
- Deutsch, E./A. Spickhoff (2007). *Medizinrecht*. Berlin: Springer.
- DoHA (2010a). Medicare Benefits Schedule Book. Operating from 01 November 2010, Stand 1. Mai 2008. Canberra, Australian Government. Department of Health and Ageing [http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/B3424CE2210FFE9FCA2577E6007BFF08/\\$File/201101-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/B3424CE2210FFE9FCA2577E6007BFF08/$File/201101-MBS.pdf)
- (2010b). Medicare Statistics – September Quarter 2010, Table B5C. Medicare: Average Patient Contribution Per Service (\$) (Patient Billed Services Out-Of-Hospital Only). Canberra, Australian Government Department of Health and Ageing. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/6469A34D8AB5AE09CA2577D70012F5FE/\\$File/tableb5c.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/6469A34D8AB5AE09CA2577D70012F5FE/$File/tableb5c.pdf)
- (2010c). Medicare Statistics – September Quarter 2010, Table C3. Medicare: Percentage Of Services Bulk Billed By Broad Type Of Service. Financial Year Of Processing By Patient State And Territory. Canberra, Australian Government Department of Health and Ageing. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/43F66A7A62E049F9CA2577D70012F5F6/\\$File/tablec3.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/43F66A7A62E049F9CA2577D70012F5F6/$File/tablec3.pdf)
- Eilfort, M. (2008). Kostenerstattung: ein Baustein einer umfassenden marktwirtschaftlichen Gesundheitsreform. Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bestandsaufnahme. Verband der privatärztlichen Abrechnungsstellen. Berlin: Schriftenreihe PVS-Verband. Bd. 7: 49-53.
- Freytag, A./M. Albrecht/S. Klein/B. Häußler (2007). Kostenerstattung in der GKV: Empirische Evidenz ihrer Auswirkungen. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (7-8): 46-53.

- GKV-Spitzenverband (2009). Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit den durch das GKV-WSG bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Abs. 2 SGB V vom 25. März 2009. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- Greß, S./M. Manouguian/J. Wasem (2007). Niederlande: Anatomie einer Reform. *Gesundheit und Gesellschaft* 10(1): 36-40.
- Healy, J./E. Sharman/B. Lokuge (2006). Australia: Health System Review. *Health Systems in Transition* 8(5): 1-158.
- Hendriks, M./J. D. de Jong/A. van den Brink-Muinen/P. P. Groenewegen (2009). The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expectations*: doi: 10.1111/j.369-7625.2009.00583.x.
- Herder-Dorneich, P. (1984). Mehr Transparenz in der GKV – ein Schlüssel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen? *Sozialer Fortschritt* (7): 164-67.
- Jacobs, K./C. Kip/S. Schulze (2010). Mehr Kostenerstattung in der GKV? Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 10(4): 17-26.
- Jacobs, K./P. Reschke (1994). Kostenerstattung in der GKV. Erprobungsregelung in der IKK für den Kreis Mettmann. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. KBV, Berlin.
- Kern, B.-R. (2010). Beitrag 335, Rn. 42. In: *Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht (HK-AKM)*. Hrsg. H.-J. Rieger, F. J. Dahm, G. Steinhilper. Frankfurt a.M./Heidelberg: C.F. Müller.
- Kerssens, J./P. Groenewegen (2005). Consumer's Preferences in Social Health Insurance. *European Journal for Health Economics* 50: 8-15.
- König, H.-H./R. Seitz/M. Arnold (1999). Die Erprobungsregelung „Kostenerstattung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ergebnisse einer Teilnehmerbefragung. *Das Gesundheitswesen* 61: 13-19.
- Laufs, A. (2010). Beitrag 640, Rn. 16. In: *Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht (HK-AKM)*. Hrsg. H.-J. Rieger, F. J. Dahm, G. Steinhilper. Frankfurt a.M./Heidelberg: C.F. Müller.
- Laufs, A./C. Katzenmeier/V. Lipp (2009). *Arztrecht*. München: C. H. Beck.
- NZa (2007). *Monitor Zorgverzekeringsmarkt. De balans 2007*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- Olson, M. (1976). Die Logik kollektiven Handelns – Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen. In: *Macht der Verbände – Ohnmacht der Demokratie*. Hrsg. W. Dettling. München/Wien: Olzog Verlag, 105-23.

- Rice, T. (2003). *The Economics of Health Reconsidered*. Second Edition. Chicago, Health Administration Press.
- Schäfer, W. (2008). *Die Zukunft gehört der Kostenerstattung*. Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bestandsaufnahme. Verband der privatärztlichen Abrechnungsstellen. Berlin: Schriftenreihe PVS-Verband. Bd. 7, 63-84.
- Schlegel, R. (2010). *Wahltarife*. In: *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*. Hrsg. H. Sodan. München: C. H. Beck.
- Schmidbauer (2006). *Die Rechtsbeziehungen des Vertragsarztes zur kassenärztlichen Vereinigung und zu den Krankenkassen*. In: *Handbuch des Vertragsarztrechts*. Hrsg. F. E. Schnapp, P. Wigge. München: C. H. Beck.
- Schneider, M./H. Vetterle (1985). *Auswirkungen der Kostenerstattung auf Kostenkenntnis und kostensparendes Verhalten der Versicherten am Beispiel der privaten Krankenversicherung*. Hrsg. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 138, Bonn.
- Swerissen, H. (2004a). *Access, affordability and equity*. Editorial. *Australian Journal of Primary Health* 10(1): 7.
- (2004b). *Australian primary care policy in 2004: two tiers or one for Medicare? Commentary*. *Australia and New Zealand Health Policy* 1(2): 1-6.
- Techniker Krankenkasse (2010). *Satzung der TK vom 1. 9. 2010*. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/48710/Datei/45261/TK-Satzung-Stand-01-09-2010.pdf>
- van de Ven, W. P. M. M./F. T. Schut/H. E. G. M. Hermans/J. D. de Jong/M. van der Maat/R. Coppen/P. P. Groenewegen/R. D. Friele (2009). *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. ZonMW. Programma evaluatie regelgeving: deel 27, Den Haag.
- Van Gool, K./E. Savage/R. Viney/M. Haas/R. Anderson (2006). *Catastrophic insurance: impact of the Australian Medicare Safety Net on fees, service use and outof-pocket costs*, CHERE Working Paper 2006/9, Centre for Health Economics Research and Evaluation (CHERE), University of Technology Sydney. http://www.chere.uts.edu.au/pdf/wp2006_9.pdf
- Vektis (2009). *Jaarcijfers 2009 - Zorgverzekerden*. Vektis, Zeist.
- von Stillfried, D. G. (2008). *Neue Impulse für die Kostenerstattung durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz*. In: *Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Eine Bestandsaufnahme. Hrsg. Verband der privatärztlichen Abrechnungsstellen. Berlin: Schriftenreihe PVS-Verband. Bd. 7, 201-217.
- VVG-Kommission (2004). *Abschlussbericht, Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004*.
- Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2008). *Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung*, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Wasem, J. (1994). Sozialpolitische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Handbuch der Sozialversicherung – Krankenversicherung. Hrsg. B. Schulin. München: C. H. Beck.

--- (2000). Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. *Medizinrecht* (10): 472-477.

Wasem, J./S. Greß (2004). Anreize für die Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung - die Diskussion um das „Moral Hazard“-Problem in der GKV. Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes, Band 52. Wiesbaden: Verlag Chmielorz, 115-126.

Wigge, P. (2006). Die Rechtsstellung des Vertragsarztes. In: Handbuch des Vertragsarztrechts. Hrsg. F. E. Schnapp, P. Wigge. München: C. H. Beck.

Zok, K. (2010). Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Wissenschaftliches Institut der AOK. WIdO-Monitor 1/2010, Berlin.

ISBN 978-3-940713-01-8

pg-papers 01/2011

Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda
Marquardstraße 35
D-36039 Fulda