

01.07.2010 Politik

Kostenerstattung reloaded: Rösler und Ärzte offensiv

L. Braun



© iStock/fotorezekne

Geht es um Transparenz – oder um Geld und Systemwechsel?

Berlin (opg) – Eigentlich ist die Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) klinisch tot. Auf lediglich 0,2 Prozent beziffert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Zahl der GKV-Mitglieder, die eine Kostenerstattungs-Variante wählen; immerhin seit Anfang 2004 steht allen gesetzlich Versicherten diese Alternative zur Sachleistung offen. Von Fakten unbeeindruckt aber träumt die Ärzteschaft wie vor 20, 30 oder 40 Jahren noch immer davon, diesem Erstattungsleichnam

wieder Leben einhauchen zu können.

Kostenerstattung und Kopfprämie = PKV light?

Nicht nur Hartmannbund, NAV-Virchow-Bund & Co. halten Kostenerstattung für den wichtigsten Schlüssel, der ihnen die Tür zu paradiesischen Honorarwelten eröffnen würde. Auch der 113. Deutsche Ärztetag Anfang Mai diesen Jahres erweckt den Eindruck, die Idee der GKV- Kostenerstattung wiederbeleben zu können. Politische Unterstützung kommt neuerdings von ganz oben im BMG. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) bekennt sich in seiner Rede am 11. Mai in Dresden dazu, gesetzlich Versicherten den Weg zur Kostenerstattung schmackhafter machen zu wollen. Rösler begründet dies offiziell mit seinem Anliegen, mehr Transparenz und Eigenverantwortlichkeit schaffen und fördern zu wollen. Die Mehrheit der Ärzteschaft dürfte sich davon vor allem höhere Umsätze versprechen: Das Honorardelta zwischen Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) könnte dadurch geschlossen werden, so die Hoffnung. Röslers Transparenz-Motiv und ärztliche Honorarphantasien können allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit der Ausweitung der Kostenerstattung das zentrale GKV-Prinzip der Sachleistung ausgehöhlt werden würde. Dazu passt das FDP-Gesundheitsprämien-Modell mit einkommensunabhängigen Beiträgen wie die Faust auf's Auge: Kostenerstattung plus Kopfprämie könnten zwei Schlüsselemente sein, um aus der guten alten solidarisch finanzierten Sachleistungs-GKV eine private Krankenversicherung (PKV) light, also neuen Typus' (ohne Risikoselektion, -ausschlüsse), zu machen.

Erstattungsgrenzen und -Abschläge bei der Kostenerstattung

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2009 heißt es zum Thema: „Wir wollen die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeit zur Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.“ Von welchen „zusätzlichen Kosten“ will Minister Rösler GKV-Mitglieder entlasten? Wahrscheinlich geht es um Kostenerstattungsabschläge, zu denen die Krankenkassen bisher gesetzlich verpflichtet sind (und deren Höhe in den jeweiligen Satzungen festgelegt werden müssen). Details über die Regierungspläne sind bisher noch nicht bekannt. Der Parlamentarische Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr (FDP), verkündete im Januar lediglich, das Kostenerstattungsverfahren in der GKV solle für die Versicherten einfacher und transparenter werden.

Leistungsspektrum bei Kostenerstattung bleibt gleich

Die Kostenerstattung in der GKV ist in § 13 Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das Anfang 2004 in Kraft trat, wurde die Option der Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistungen allen GKV-Mitgliedern eröffnet (zuvor war dies nur freiwillig Versicherten möglich). Die Versicherten sind an ihre Wahlentscheidung mindestens ein Jahr gebunden. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Kostenerstattung auf ärztliche ambulante Leistungen, zahnärztliche Leistungen, stationäre Leistungen oder veranlasste Leistungen zu beschränken. Auch bei Kostenerstattung zahlt die Krankenkasse nur für Leistungen, die nach dem SGB V und dem SGB IX (Reha und Teilhabe behinderter Menschen) bzw. nach Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erstattungsfähig sind. Anspruch auf Erstattung besteht zudem nur in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Vom so begrenzten Erstattungsbetrag muss die Kasse zudem „ausreichende Abschläge“ für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vornehmen sowie vorgesehene Zuzahlungen abziehen. Die Differenz zwischen der vom Arzt/Zahnarzt nach den privaten Gebührenordnungen (GOÄ bzw. GOZ) in Rechnung gestellten Vergütung und dem Erstattungsbetrag der Krankenkasse muss der Versicherte aus eigener Tasche bezahlen.

„Kostenerstattung als primäres Vergütungssystem in der GKV“

Der Deutsche Ärztetag in Dresden greift die Koalitionsinitiative zur Kostenerstattung in der GKV dankbar auf, will aber mehr verändern als bisher von der Regierung angedacht. So spricht er sich – laut Beschlussprotokoll „mit großer Mehrheit“ – dafür aus, „sozialverträgliche Selbstbehalttarife“ sowie „Wahltarife für zusätzliche Versorgungsangebote für GKV-Versicherte auf Basis einer Kostenerstattung“ stärker zu erproben. Zur Begründung heißt es, Kostenerstattung ermögliche „mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen als Voraussetzung für eine von den Versicherten selbst gewählte Individualisierung der Versorgung und fördert das Kostenbewusstsein“. (Beschlussprotokoll, Seite 14.) In einer weiteren Entschliebung (Seite 93) plädiert der Ärztetag sogar indirekt dafür, das Sachleistungsprinzip in der GKV mittelfristig gänzlich abzuschaffen: „Der Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bis zur Einführung des Kostenerstattungsprinzips als primärem Abrechnungs- und Vergütungssystem in der GKV, die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung zu beseitigen und eine Gleichberechtigung von Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V und Sachleistungsprinzip in der GKV herzustellen.“

„Keine positive Steuerungswirkung“ – aber Mehrkosten für Patienten

Die von FDP und Ärzteschaft gepflegte Vorstellung, die Kostenerstattung bzw. die damit verbundene direkte Rechnungsstellung führe beim Versicherten nicht nur zu mehr Transparenz und Kostenkenntnis, sondern auch zu einer „kostenbewussteren“ Leistungsanspruchnahme, nennt Dr. Klaus Jacobs „schlicht falsch“. Ein Blick in die PKV-Welt belegt dies eindrucksvoll. Darüber gebe es unter Gesundheitsökonominnen „keinerlei Dissens“, schreibt der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in einem Papier zum Thema, das o.g. vorliegt. Zwar könne die Kostenerstattung die Leistungsanspruchnahme der Versicherten bremsen. Allerdings nicht wegen der Kostentransparenz, sondern aufgrund einer zusätzlichen, direkten Kostenbeteiligung der Patienten, sei es in Form von prozentualen Selbstbehalten, Mehrkostenregelungen oder dergleichen. Dazu passt nach Einschätzung von Jacobs auch der aktuelle Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach Einführung einer prozentualen Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten anstelle der bisherigen Praxisgebühr. Diese KBV-Forderung hat sich der Ärztetag in Dresden soeben auf die eigenen Fahnen geschrieben. Eine direkte Kostenbeteiligung der Patienten könnte zudem auch im Sachleistungssystem realisiert werden.

Zusätzliche Einkommenschancen

Kostenerstattung ist offensichtlich und nach den Erfahrungen der letzten Jahre keine notwendige Bedingung, um Patienten zusätzlich zur Kasse bitten zu können. „Wer die Kostenerstattung ausbauen möchte, will im allgemeinen nicht die Effizienz steigern, sondern Leistungserbringern zusätzliche Einkommenschancen eröffnen“, stellte Prof. Jürgen Wasem bereits vor zehn Jahren fest. Jacobs sieht es ebenso. Den Ärzten, die seit Jahren für die Kostenerstattung in der GKV eintreten – voran vor allem der Hartmannbund – gehe es nicht um mehr Kostenkenntnis/Transparenz von Versicherten und Patienten. Das eigentliche Ziel sei die Anwendung der privatärztlichen Gebührenordnung, „die zu deutlich höheren Vergütungen für dieselben Behandlungsleistungen führt“. Aus Sicht der Ärzte mag das verständlich sein, aber dann sollte es auch so benannt werden.

Auf eine Unstimmigkeit im Koalitionsvertrag weist Jacobs zudem richtigerweise hin: Die Aussage „Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen“ – könne „logisch überhaupt nicht aufgehen“. Wenn die Versicherten insgesamt nicht mehr bezahlen sollten, blieben am Ende sogar noch weniger Mittel zur Leistungsvergütung der Ärzte übrig, weil zusätzliche Kosten für den mit der Kostenerstattung in jedem Fall verbundenen zusätzlichen Bürokratieaufwand entstünden. Die Alternative sieht demnach so aus: Zwar entstehen den Versicherten keine zusätzlichen Kosten in Form von höheren Beiträgen, wohl aber den Patienten durch direkte Kostenbeteiligungen an Behandlungsleistungen.

Problem Verwaltungsaufwand – „ein bürokratischer GAU“

Die Ärzte dürften keineswegs „scharf auf zusätzlichen Verwaltungsaufwand sein“, vermutet Jacobs. Aber dazu käme es zwangsläufig im Zuge ausgedehnter Kostenerstattung in der GKV, wie die Erfahrungen der PKV eindrucksvoll belegen. Der zusätzliche administrative Aufwand im Vergleich zum Sachleistungssystem sei nicht nur für Ärzte, sondern für alle Beteiligten „immens“. Macht man die administrative Rechnung zur Kostenerstattung auf, sähe diese etwa wie folgt aus:

Für Ärzte/Leistungserbringer:

- Rechnungsstellung in einer für Patienten verständlichen („transparenten“) Form, mit vermutlich deutlich höherem Dokumentationsaufwand als gegenwärtig; postalischer Rechnungsversand;

- Zahlungseingangskontrolle;
- Bearbeitung von Nachfragen oder Reklamationen der Patienten;
- Inkasso-Aktivitäten (Mahnungen, Klagen etc.);
- Absicherung von Ausfallrisiken, die bei GKV-Patienten ungleich höher ausfallen dürften als bei Privatversicherten.

Für Patienten/Versicherte:

- Rechnungsprüfung; ggf. Nachfragen/Reklamationen beim Arzt;
- Überweisung des Rechnungsbetrags;
- Postversand der Rechnung an die Krankenkasse;
- Prüfung der Erstattung durch die Kasse; ggf. Nachfragen/Reklamationen bei der Kasse; ggf. Rückkoppelung mit dem Arzt bei unvollständiger Erstattung, um die Rechnung modifizieren zu lassen, zusätzliche Begründungen anzufordern etc.; ggf. finanzielle Vorleistung des Patienten.

Für Krankenkassen:

- Prüfung der zur Erstattung eingereichten Rechnung und Ermittlung des Erstattungsbetrags, dabei u.a. Verifizierung der Anspruchsberechtigung des Versicherten; Erfassung der Leistungsarten (erstattungsfähig?), Arztkennungen (zugelassen?), Rechnungsdaten und Abrechnungsposten;
- Überweisung des Erstattungsbetrags an den Versicherten;
- Erstellung und Postversand der Mitteilung zur erfolgten Erstattung; ggf. separater Rückversand von Originalrechnungen (z.B. im Fall einer Zusatzversicherung);
- Bearbeitung von Nachfragen, Reklamationen usw.; Archivierung.

Quelle: Nachdruck aus opg – Operation Gesundheitswesen, Presseagentur Gesundheit: Lisa Braun

Autor des Artikels



Lisa Braun
 Presseagentur Gesundheit
 Albrechtstraße 11
 10117 Berlin

