

Ausweitung von Mehrkostenregelungen – eine sinnvolle Reformperspektive für die GKV?

Die Bundesregierung beabsichtigt, für Versicherte und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mehr individuelle Wahlmöglichkeiten zu schaffen. Unter der Überschrift „Individuelle Wahl- und Entscheidungsspielräume“ heißt es im Koalitionsvertrag: „Wir wollen die individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten erweitern. Bei Leistungen des Zahnersatzes, bei Arzneimitteln und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Erfahrungen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen überwiegend positiv. Daher werden wir prüfen, wo darüber hinaus Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können, ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern“ (CDU/CSU/FDP 2009). Vor dem Hintergrund dieser Ankündigung wird in diesem Beitrag untersucht, welche Erfahrungen mit Mehrkostenregelungen im GKV-System bislang vorliegen und unter welchen Bedingungen die Ausweitung dieser Regelungen tatsächlich zu Vorteilen für Versicherte und Patienten führen kann.

■ Caroline Kip, Sabine Schulze, Klaus Jacobs

1. Begriffsklärungen

Beim Blick auf aktuelle Diskussionen zum Thema „Mehrkostenregelungen“ fällt zunächst auf, dass die Begriffe Mehrkostenregelung, Festzuschuss und Festbetrag teilweise unterschiedlich, unspezifisch und mitunter auch widersprüchlich verwendet werden. Deshalb soll diesem Beitrag zunächst eine kurze Klärung dieser drei Begriffe vorangestellt werden.

Im Unterschied zu den beiden Instrumenten „Festzuschuss“ und „Festbetrag“ gibt es für „Mehrkostenregelungen“ keine einheitliche Legaldefinition. Gemeint ist in der Regel, dass Versicherten die Möglichkeit eingeräumt wird, anstelle der ihnen von der GKV zur Verfügung gestellten „Regelversorgung“ eine alternative Versorgungsleistung zu wählen und in diesem Fall die Differenz zwischen den Kosten der von ihnen gewählten Versorgung und der GKV-Regelversorgung selbst zu tragen. Ohne die Existenz einer solchen Mehrkostenregelung müssten die Versicherten die

gesamten Kosten von Versorgungsleistungen außerhalb der GKV-Regelversorgung selbst tragen.

Ein Festzuschuss ist – genauso wie eine prozentuale Selbstbeteiligung – ein gesetzliches Zuzahlungsinstrument, mit dem die Versicherten direkt an den Kosten der GKV-Leistungen beteiligt werden. Der Anspruch der Versicherten auf eine medizinisch notwendige Versorgung ist in diesem Fall auf die Höhe des Festzuschusses beschränkt. Dieser muss nicht kostendeckend sein und kann von vornherein als Teilkaskowert (z. B. 50 Prozent der Versorgungskosten der GKV-Regelversorgung) angelegt sein. Härtefall-Regelungen sollen verhindern, dass einkommensschwache Versicherte von notwendigen Versorgungsleistungen ausgeschlossen werden, weil der von ihnen zu tragende Eigenanteil ihre ökonomische Leistungsfähigkeit übersteigt.

Ein Festbetrag bedeutet demgegenüber keine Einschränkung des GKV-Leistungskatalogs im Sinne einer Teilkasko-Regelung. Versicherte haben im Bedarfsfall grundsätzlich einen Anspruch auf eine umfassende Versorgung (unbeschadet der gesetzlichen Zuzahlungen, die Versicherte bei der Inanspruchnahme von Leistungen entrichten müssen, soweit sie nicht von den Härtefall-Regelungen betroffen sind). Die Festbeträge müssen so festgelegt werden, dass

Caroline Kip, Dipl.-Volkswirtin, Sabine Schulze, Dipl.-Volkswirtin, Dr. Klaus Jacobs, Dipl.-Volkswirt, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiAO)

sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten; ihre zentrale Funktion gilt einer möglichst wirtschaftlichen Versorgung. Wenn Versicherte eine Versorgungsleistung wählen, deren Kosten den Festbetrag übersteigen, müssen sie den Differenzbetrag selbst tragen.

Somit besteht ein entscheidender Unterschied zwischen Festzuschüssen und Festbeträgen, die beide jeweils die Grundlage für Mehrkostenregelungen bilden können. Festzuschüsse bedeuten eine grundsätzliche Begrenzung der Leistungsansprüche der Versicherten („Teilkasko“), weil die Versicherten in jedem Fall einer Leistungsanspruchnahme – Härtefall-Regelungen ausgenommen – eine substantielle Eigenleistung aufbringen müssen. Festbeträge bedeuten dagegen keine Einschränkung des umfassenden Versorgungsanspruchs („Vollkasko“), weil Versicherte – die „normalen“ Zuzahlungen ausgenommen – nur dann eine Eigenleistung aufbringen müssen, wenn sie eine Versorgungsleistung wählen, deren Kosten den jeweils maßgeblichen Festbetrag übersteigt.

2. Erfahrungen mit Mehrkostenregelungen in der GKV

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP wird behauptet, dass mit Mehrkostenregelungen in der GKV überwiegend positive Erfahrungen gemacht worden seien. Stimmt das wirklich? Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden, und zwar in vier Leistungsbereichen, in denen die GKV bereits Mehrkostenregelungen kennt: bei Zahnersatz, bei Arzneimitteln, bei Hilfsmitteln (betrachtet am konkreten Beispiel von Hörgeräten) und bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

2.1 Zahnersatz

Beim Zahnersatz wurden 2005 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) befundbezogene Festzuschüsse eingeführt. Dabei legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fest, für welche Befunde Festzuschüsse gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu. Je nach Befund erhalten die Versicherten einen Zuschuss in Höhe von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Sofern die Versicherten die Teilnahme an Präventions- und Vorsorgemaßnahmen nachweisen können (Bonusheft), fallen die befundbezogenen Zuschüsse auch höher aus. Einkommensschwache Versicherte erhalten nach individueller Einkommensprüfung höhere Zuschüsse, die maximal das Doppelte des Festzuschusses betragen, so dass die hiervon betroffenen Versicherten bei der Wahl der Regelversorgung keine Eigenleistung mehr aufbringen müssen.

Auch schon vor der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse galt bei Zahnersatz in der GKV bereits das Teilkasko-Prinzip in Form einer prozentualen Beteiligung der Krankenkassen an den Therapiekosten für Zahn-

ersatzleistungen innerhalb des GKV-Leistungskatalogs in Höhe von 50 Prozent (beim Nachweis von Vorsorgemaßnahmen auch darüber). Diese Regelung führte im Ergebnis dazu, dass Versicherte mit einer besonders preisgünstigen Versorgung die Solidargemeinschaft weniger belasteten als Versicherte, die sich eine teurere Versorgung leisten konnten. Auch aus diesem Grund hat sich der Gesetzgeber für die Einführung des befundbezogenen Festzuschussystems entschieden, die als gerechter empfunden wurde (Wessels 2009: 26f.).

Mit der gleichzeitigen Einführung einer Mehrkostenregelung hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass sich Versicherte beim Zahnersatz für eine über die Regelversorgung hinausgehende medizinisch anerkannte prothetische Versorgungsform entscheiden können, ohne ihren Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Eine entsprechende Mehrkostenregelung gibt es auch im Bereich der zahnärztlichen Füllungen ohne Festzuschüsse. Hier können Versicherte Versorgungsleistungen (z. B. Inlays) wählen, die über die vertragszahnärztlichen Leistungen hinausgehen. Die Krankenkasse hat in diesen Fällen die vergleichbare preisgünstigste Füllungsalternative als Sachleistung zu erstatten.

Bereits beim Zahnersatz als dem ersten hier betrachteten Anwendungsbereich zeigt sich, dass es letztlich unmöglich ist, Mehrkostenregelungen „als solche“, also unabhängig von der Ausgestaltung des jeweiligen Leistungskontexts, zu beurteilen. Das bei Zahnersatz praktizierte Teilkasko-Prinzip führt grundsätzlich dazu, dass zumindest die Gefahr besteht, dass „eigentlich“ notwendige Versorgungsleistungen – nicht notwendige Leistungen dürfen nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip der GKV ohnehin nicht beansprucht, bewirkt oder bewilligt werden – u. U. unterbleiben, weil Versicherte mit schmalem Geldbeutel den von ihnen eingeforderten Eigenanteil nicht aufbringen wollen oder können. Dies ist beim Zahnersatz insofern „doppelt problematisch“, weil der Bedarf an Zahnersatzleistungen schichtenspezifisch stark variiert und gerade bei einkommensschwächeren Versicherten vergleichsweise hoch ausfällt (Kern 2003, Bauer/Neumann/Saekel 2009). Die Einführung der Mehrkostenregelung hat an dieser Problematik grundsätzlich nichts geändert, weil diese aus dem unverändert gültigen Teilkasko-Prinzip resultiert. Dies hat zur Folge, dass die Inanspruchnahme von Leistungen nicht nur eine hinreichende individuelle Zahlungsbereitschaft, sondern auch die entsprechende Zahlungsfähigkeit voraussetzt – und damit im Grunde gegen das Solidarprinzip der GKV verstößt (Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit, Leistungen nach dem medizinischen Bedarf).

Aber auch für die Versicherten, die bereit und in der Lage sind, einen substanziellen Eigenanteil bei der Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen aufzubringen, sind die Auswirkungen der Mehrkostenregelung nicht eindeutig. Das liegt vor allem daran, dass alle Versorgungsleistungen, die alternativ zu der für die Festzuschuss-Ermittlung relevanten GKV-Regelversorgung gewählt werden können, zumindest teilweise („gleichartige Versorgung“) oder voll-

ständig („andersartige Versorgung“) nach der privat Zahnärztlichen Gebührenordnung GOZ abgerechnet werden. Das gilt nicht nur für Leistungen, die GKV-Versicherte vor Einführung der Mehrkostenregelung vollständig aus eigener Tasche bezahlen mussten, sondern auch für solche Leistungen, die vormals als „richtlinienkonforme“ Leistungen im Rahmen der GKV und damit auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet wurden.

Somit ist bei der 2005 erfolgten Einführung der Mehrkostenregelung auf Basis befundorientierter Zuschüsse nicht nur eine „Ausweitung“ (in Gestalt erweiterter individueller Wahloptionen mit GKV-Zuschuss), sondern zugleich auch eine „Ausgrenzung“ (mit der Wirkung einer Begrenzung der Geltung der „GKV-Gebührenordnung“ BEMA) erfolgt. Damit erklärt sich auch der seit Einführung des befundbezogenen Festzuschussystems festgestellte hohe Anteil von mehr als 60 Prozent an Privatabrechnungen bei der Versorgung von Zahnersatz bei GKV-Versicherten (SpiV 2006). Vor diesem Hintergrund ist die Frage, ob mit dem System der befundbezogenen Festzuschüsse eine stärkere finanzielle Belastung der Versicherten einhergeht als im vorherigen System der prozentualen Selbstbeteiligung, gegenwärtig noch keineswegs abschließend geklärt (Wessels 2009). Damit gibt es aber auch keine gesicherte empirische Grundlage für die pauschale Behauptung, dass mit der Einführung der Mehrkostenregelung beim Zahnersatz „überwiegend positive Erfahrungen“ gemacht worden seien.

In diesem Kontext ist auch von Interesse, dass sich der Anteil von GKV-Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz seit Einführung der Mehrkostenregelung deutlich erhöht hat: Hatte dieser Anteil 2005 insgesamt noch bei 14,4 Prozent gelegen, betrug er 2009 26,5 Prozent; dabei besteht eine eindeutige Korrelation mit dem Einkommen der Versicherten: Je höher das Einkommen, desto höher liegt auch der Anteil derjenigen, die über eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz verfügen (Zok 2009).

Neben rein finanziellen Kriterien betrifft ein weiterer Aspekt zur Beurteilung von Mehrkostenregelungen die Frage der Versicherten- bzw. Patientensouveränität: Sind Patienten überhaupt in der Lage, die verfügbaren Wahlalternativen im Hinblick auf die mit ihnen verbundenen Auswirkungen ausreichend beurteilen zu können? Immerhin fühlte sich bei einer 2005 im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen durchgeführten Versichertenbefragung der Großteil (82 Prozent) der Befragten umfassend vom Zahnarzt informiert. Zugleich waren jedoch lediglich 57 Prozent der Befragten, die im Rahmen der Mehrkostenregelung eine (teurere) gleich- oder andersartige Versorgung gewählt hatten, ihren Angaben zufolge überhaupt von ihrem Zahnarzt auf die preiswertere Regelversorgung hingewiesen worden (SpiV 2006).

2.2 Arzneimittel

Anders als beim Zahnersatz setzt die bestehende Mehrkostenregelung bei der Arzneimittelversorgung nicht auf einem Festzuschuss-, sondern auf einem Festbetragsystem auf. Grundsätzlich haben GKV-Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf die Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Für bestimmte Arzneimittel, für die es vergleichbare therapeutische Alternativen gibt, werden jedoch Festbeträge festgesetzt, die eine Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen bilden. Die Inanspruchnahme eines festbetragsfähigen Arzneimittels, dessen Preis den jeweiligen Festbetrag übersteigt, führt zu „Mehrkosten“ in Höhe des entsprechenden Differenzbetrags, den die Versicherten – jenseits der „normalen“ Arzneimittel-Zuzahlungen – selbst tragen müssen. Für Medikamente mit Patentschutz und ohne vergleichbare therapeutische Alternative gibt es keine Festbeträge, die die volle Kostenübernahme durch die Krankenkasse begrenzen.

Welche Arzneimittel festbetragsfähig sind, wird vom G-BA festgelegt, der entsprechende Festbetragsgruppen für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel bildet (Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen, mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung). Die Festlegung der Höhe des Festbetrags in jeder dieser Gruppen erfolgt durch den GKV-Spitzenverband. Dabei soll die Höhe des Festbetrags in der Regel im unteren Drittel der Arzneimittelpreise der jeweiligen Festbetragsgruppe liegen. Der Festbetrag muss so hoch sein, dass mindestens ein Fünftel der Verordnungen und Packungen der Festbetragsgruppe den Festbetrag nicht übersteigt. Dadurch ist gewährleistet, dass eine ausreichende Zahl von Arzneimitteln verfügbar ist, die nicht teurer als der Festbetrag sind. Hierzu werden die Festbeträge regelmäßig an die veränderte Marktlage angepasst.

Seit ihrer Einführung 1989 haben sich die Arzneimittel-Festbeträge als ausgesprochen wirksames Instrument der Preissteuerung erwiesen, ohne die Vielfalt der Arzneimittelversorgung zu beeinträchtigen. Im Marktsegment der Festbetragsarzneimittel gibt es kaum Hersteller, die ihre Preise nicht auf das Festbetragsniveau absenken. Damit gibt es in diesem Marktsegment aber auch kaum Medikamente, die überhaupt zu „Mehrkosten“ führen können – der Anteil der Festbetragsprodukte mit Preisen oberhalb des jeweiligen Festbetrags lag 2008 unter 9 Prozent (Coca/Nink/Schröder 2009: 167). Wenn in diesem Kontext von „positiven Erfahrungen“ gesprochen werden kann, beziehen sie sich somit auf die Festbetragsregelung, während die Mehrkostenregelung praktisch gar nicht relevant wird.

2.3 Hilfsmittel am Beispiel Hörgeräte

Auch bei Hilfsmitteln gibt es in der GKV Mehrkostenregelungen, die auf einem Festbetragsystem aufsetzen. Festbeträge gibt es zurzeit bei Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikeln. Die Festsetzung erfolgt auch hier in zwei Schritten, für die bei Hilfsmitteln jeweils der

GKV-Spitzenverband zuständig ist: Zunächst werden funktional gleichartige und gleichwertige und damit grundsätzlich miteinander austauschbare Hilfsmittel in Gruppen zusammengefasst. Sodann werden für die gebildeten Festbetragsgruppen Festbeträge festgesetzt. Diese sollen im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung ermöglichen. Insbesondere sollen Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und ein Preiswettbewerb ausgelöst werden. Die Festbeträge haben sich daher an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten; sie sollen einmal im Jahr überprüft und gegebenenfalls an die veränderte Marktlage angepasst werden. Für Versicherte entstehen „Mehrkosten“, wenn sie ein Hilfsmittel wählen, das den jeweiligen Festbetrag übersteigt. In diesem Fall müssen sie – zusätzlich zu den „normalen“ Zuzahlungen – den entsprechenden Differenzbetrag selbst tragen.

Spätestens an dieser Stelle endet jedoch die Analogie zur Arzneimittelversorgung, bei der eine hohe Preiswirksamkeit der Festbeträge im Ergebnis dazu führt, dass es für die Versicherten praktisch gar keine Mehrkosten entstehen. Entsprechendes gilt zumindest für Hörgeräte nicht – im Gegenteil: Nach Einschätzung von Branchenkennern – gesicherte Informationen liegen nicht vor – müssen die Versicherten bei einer Versorgung mit Hörgeräten in weit über 80 Prozent der Fälle teilweise deutliche Mehrkosten tragen, weil der Preis der gewählten Hörgeräteversorgung den bestehenden Festbetrag übersteigt. Unklar – und ohne eine umfangreiche eigenständige Untersuchung letztlich auch nicht eindeutig beantwortbar – bleibt, ob der offenkundig große Anteil der Versorgung mit Hörgeräten jenseits des Festbetrags die Folge einer bewussten Entscheidung des Großteils der Versicherten für eine das Maß des Notwendigen übersteigende Hörgeräteversorgung ist oder ob es anders als bei festbetragsfähigen Arzneimitteln gar keine adäquaten Angebote zum Festbetrag gibt – generell nicht oder zumindest nicht in zumutbarer Erreichbarkeit.

Die Hersteller von Hörgeräten sind bei der Kalkulation ihrer Abgabepreise grundsätzlich frei, und auch die weitere Preisgestaltung bis zum Endabgabepreis ist – im Gegensatz zum Arzneimittelmarkt – nicht gesetzlich reguliert. So kann ein identisches Hörgerät von unterschiedlichen Leistungsanbietern mit erheblichen Preisabweichungen angeboten werden. Zudem treffen die Festbeträge im Hörgerätemarkt offenkundig auf ein insgesamt wesentlich weniger dynamisches und preisreagibles Marktgeschehen als im Markt festbetragsfähiger Arzneimittel. Schließlich sind aber auch die Hörgeräte, für die es einen einheitlichen Festbetrag gibt, in ihrer Funktionalität weitaus heterogener als die zu einer Festbetragsgruppe zusammengefassten Arzneimittel, so dass hinsichtlich der postulierten Austauschbarkeit aller Geräte innerhalb der Festbetragsgruppe zumindest begründete Zweifel bestehen.

Für eine (zu?) große Heterogenität der Funktionalität der Produkte innerhalb der Hörgeräte-Festbetragsgruppen scheint nicht zuletzt auch zu sprechen, dass verschiedene Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit Klagen von besonders schwer hörgeschädigten Versicherten auf eine über den

Festbetrag hinausgehende Kostenübernahme für ihre Hörgeräteversorgung schon häufig positiv entschieden haben. Zuletzt hat das Bundessozialgericht im Dezember 2009 entschieden, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen über den Festbetrag hinausreicht, wenn dieser bei Versicherten mit erheblicher Einschränkung des Hörvermögens keine adäquate Hörgeräteversorgung erlaubt (BSG 2009). Dem Urteil zufolge stellt „die Festbetragsregelung eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar, legitimiert aber nicht zu grundsätzlichen Einschnitten in den GKV-Leistungskatalog“ (Ziff. 23). Und weiter: „Soweit der Festbetrag für den Behinderungsausgleich objektiv nicht ausreicht, bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur – von Zuzahlungen abgesehen – kostenfreien Versorgung der Versicherten“ (Ziff. 29).

Unabhängig davon, welche konkreten Folgen das BSG-Urteil für die künftige Hörgeräteversorgung haben wird – für die Festlegung von Festbetragsgruppen und –beträgen, aber z. B. auch in Bezug auf die den Kassen zugeschriebenen „Obhuts- und Informationspflichten (...), wenn vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln der notwendige Überblick über die Marktlage und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung für Versicherte schwierig zu erlangen ist“ (Ziff. 36), bleibt im hier betrachteten Kontext festzuhalten, dass die derzeitige Festbetragsregelung bei Hörgeräten offenbar in hohem Maße unbefriedigend wirkt. Anders als bei Arzneimitteln bewirken die Festbeträge – entgegen ihrer erklärten Zielsetzung – offenkundig keinen lebhaften Preiswettbewerb und führen zumindest bei einer keineswegs geringen Zahl von Versicherten mit schwerer Beeinträchtigung des Hörvermögens nicht dazu, dass diese eine adäquate Versorgung ohne substanzielle Eigenleistung erhalten können.

Wenn die Versorgungssituation bei Hörgeräten aufgrund einer dysfunktionalen Festbetragsregelung derart unbefriedigend ist, wie vom höchsten deutschen Sozialgericht mit großer Klarheit festgestellt, ist es schlechterdings unmöglich, dass mit einer Mehrkostenregelung, die auf ebendieser Festbetragsregelung aufsetzt, positive Erfahrungen gemacht werden können. Das wäre nur möglich, wenn Versicherte eine echte Wahlmöglichkeit hätten zwischen einer adäquaten Versorgung zum Festbetrag, also ohne substanzielle Eigenleistung jenseits der normalen Zuzahlungen, und einer teureren Alternative. Davon kann jedoch – zumindest für einen nicht geringen Teil der betroffenen Versicherten – offenbar keine Rede sein.

2.4 Stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Seit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) haben Versicherte auch bei Leistungen der stationären Rehabilitation die Möglichkeit, eine Mehrkostenregelung in Anspruch zu nehmen. Danach können sie im Bedarfsfall neben den von ihrer Krankenkasse vertraglich gebundenen Reha-Einrichtungen auch andere Einrichtungen auswählen, die jedoch zertifiziert sein müssen. Sofern durch diese Wahl

zusätzliche Kosten entstehen, die über diejenigen der mit einem Versorgungsvertrag ausgestatteten Einrichtungen hinausgehen, sind die entsprechenden Mehrkosten von den Versicherten zu tragen. Anders als die zuvor betrachteten Regelungen setzt diese Mehrkostenregelung nicht auf einem Festzuschuss- oder Festbetragssystem auf.

Praktische Erfahrungen mit dieser neuen Mehrkostenregelung liegen bislang kaum vor. Hintergrund dafür ist, dass eine zentrale Voraussetzung für die Anwendung dieser Regelung – die Zertifizierung der stationären Rehabilitationseinrichtungen – zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht flächendeckend erfüllt ist. Das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgegebene einheitliche Zertifizierungsverfahren ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Die einer Zertifizierung zugrunde liegenden möglichen Verfahren zum Qualitätsmanagement wurden erst Ende 2009 bekannt. Für die Einrichtungen gibt es nunmehr eine dreijährige Übergangsfrist für die Durchführung der Zertifizierung.

Vor diesem Hintergrund ist zurzeit entsprechend noch unklar, welche Auswirkungen diese neue Mehrkostenregelung haben wird. Neben dem noch ungelösten Problem der konkreten Ermittlung der von den Versicherten zu tragenden Mehrkosten – welche Kosten welcher vertraglich gebundenen Einrichtung(en) sollen überhaupt als Referenzgröße herangezogen werden? – besteht eine grundsätzliche Sorge: Die Konditionen, zu denen eine Krankenkasse einen Versorgungsvertrag mit einer Reha-Einrichtung schließt, könnten sich verschlechtern, weil die zusätzlichen Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu geringeren Fallzahlen bei den vertraglich gebundenen Einrichtungen führen können. Auf das damit verbundene grundsätzliche Problem einer drohenden Konterkarierung der Wirkung vertragsbasierter Steuerungsinstrumente durch damit unabgestimmte individuelle Versorgungswahlrechte der Versicherten wird im folgenden Abschnitt noch näher eingegangen.

3. Mögliche Ausweitung von Mehrkostenregelungen

Ihrer Ankündigung im Koalitionsvertrag zufolge will die Bundesregierung prüfen, wo – über die bestehenden Regelungen hinaus – „Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können, ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern“. Eine Ausweitung von Mehrkostenregelungen durch Einschränkungen im heutigen Leistungskatalog ist somit offenbar nicht geplant. Vielmehr soll das bestehende Leistungsniveau der GKV, wonach die Leistungen der Krankenkassen – unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots – in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (§ 2 SGB V), folglich auch bei einer Ausweitung von Mehrkostenregelungen unverändert gelten.

Damit stellt sich aber die Frage in welchen Bereichen und unter welchen Bedingungen eine Ausweitung von Mehrkostenregelungen überhaupt sinnvoll erfolgen könnte, um das Ziel erweiterter individueller Wahl- und Entscheidungsspielräume der Versicherten und Patienten zu erreichen.

Konkret angesprochen wird eine neue Mehrkostenregelung bisher in den am 26.03.2010 von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler vorgelegten „Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung“. Dort heißt es, dass Versicherte künftig ein anderes als das Rabatt-Präparat ihrer Krankenkasse wählen können und dafür Kostenerstattung im Rahmen einer Mehrkostenregelung erhalten sollen (BMG 2010).

Hintergrund dieses Vorschlags ist eine erst mit dem WSG eingeführte Regelung: Wenn eine Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Arzneimittelhersteller geschlossen hat, sind die Apotheken bei einer entsprechenden Verordnung verpflichtet, das rabattierte Arzneimittel an die Versicherten dieser Kasse abzugeben. Die Möglichkeit zu Arzneimittel-Rabattverträgen bestand für die Krankenkassen bereits früher, doch erst die Verpflichtung der Apotheken zur Abgabe von Rabatt-Arzneimitteln hat dazu geführt, dass das vertragswettbewerbliche Instrument der Arzneimittel-Rabattverträge „scharf gestellt“ wurde. Dies entsprach der wiederholt vorgebrachten Forderung, die Mengenzusagen der Kassen für die Hersteller verlässlicher zu machen, um die Preissenkungspotenziale von Rabattverträgen wirksam zu erschließen und damit die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erhöhen (Cassel et al. 2006, Klauber/Schleert 2006).

Wenn nunmehr – wie in den „Eckpunkten“ vorgesehen – den Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt werden soll, auch ein anderes als das rabattierte Produkt zu wählen, droht deshalb das Instrument der Rabattverträge wieder „verwässert“ zu werden: Die Kassen könnten den Arzneimittelherstellern in Vertragsverhandlungen deutlich weniger gesicherte Mengen- und damit Absatzzusagen machen und entsprechend geringere Rabatte vereinbaren. Die vorgesehene Mehrkostenregelung würde damit den vertragsbasierten Steuerungseffekt der Rabattverträge (Preissenkungen gegen Mengenzusagen) konterkarieren.

Damit wird das grundsätzliche Problem der konsistenten Ausgestaltung der Leistungs- und Ausgabensteuerung in der GKV berührt. Wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in der GKV setzen auf dem Versorgungsmarkt an den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an (ausführlich dazu Ebsen et al. 2003, Cassel et al. 2006). Das gilt für alle Formen von Direktverträgen wie z. B. Verträge zur hausarztzentrierten oder zur integrierten Versorgung. Ohne eine ausreichende Versichertenbindung kann es für diese Verträge weder eine hinreichend gesicherte Kalkulationsgrundlage geben, noch können die vereinbarten Versorgungsziele erreicht werden. Bei Hausarzt- und Integrationsverträgen erfolgt die Bindung der Versicherten über deren freiwillige (befristete) Einschreibung in entsprechende Versorgungsmodelle, für die

es bei den Kassen ggf. auch gesonderte Versorgungstarife gibt. Die Einschreibung in ein Hausarztmodell und das gleichzeitige Recht, weiterhin alle zugelassenen Haus- und Fachärzte ohne Einschränkung direkt aufsuchen zu können, schließen sich logisch aus. Die Erweiterung der individuellen Wahlrechte der Versicherten besteht bei der vertragswettbewerblichen Option Hausarzt- oder Integrationsvertrag in der zusätzlichen Möglichkeit, sich in ein solches Modell bzw. einen entsprechenden Versorgungsvertrag einzuschreiben. Allerdings beschränkt die Ausübung dieses Wahlrechts zugleich die sonst bestehenden Möglichkeiten der Direktinanspruchnahme von Ärzten außerhalb des gewählten Versorgungsmodells- bzw. -tarifs, denn andernfalls würde diesen Modellen ihre Funktionsgrundlage entzogen.

Wenn die vertragswettbewerbliche Leistungs- und Ausgabensteuerung in der GKV einen wichtigen Stellenwert behalten oder sogar noch einen größeren Stellenwert bekommen soll – auch die private Krankenversicherung hat ja zwischenzeitlich erkannt, dass versorgungsbezogene Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele nur durch Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern erreicht werden können –, muss dafür Sorge getragen werden, dass vertragswettbewerbliche Handlungsoptionen auf dem Versorgungsmarkt nicht durch damit unabgestimmte individuelle Handlungsfreiräume auf dem Behandlungsmarkt konterkariert werden. Das bedeutet ja keineswegs eine Einschränkung der individuellen Wahl- und Entscheidungsspielräume der Versicherten – im Gegenteil: Durch wettbewerbliche Vielfalt an Direktverträgen mit Versorgungstarifen können die individuellen Wahlmöglichkeiten deutlich erhöht werden – allerdings nicht unmittelbar auf Behandlungsmarkt, also in Bezug auf die direkten Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern, sondern auf dem Versicherungsmarkt bei der freien Kassen- und Tarifwahl. Das muss auch in Bezug auf Rabattverträge gelten: Wer mit den Versorgungsangeboten seiner Kasse nicht einverstanden ist, wählt eine andere.

4. Fazit

Welches Fazit kann aus den Erfahrungen mit bislang schon bestehenden Mehrkostenregelungen bzw. aus den Erwartungen bezüglich der für Rabatt-Arzneimittel beabsichtigten Mehrkostenregelung gezogen werden?

Von den im Koalitionsvertrag behaupteten überwiegend positiven Erfahrungen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen kann bei genauerem Hinsehen – zumindest in dieser Pauschalität – keine Rede sein. Das gilt aber auch umgekehrt: Mehrkostenregelungen sind keineswegs grundsätzlich „des Teufels“ – es kommt vielmehr auf den jeweiligen Anwendungskontext und seine konkrete Ausgestaltung an.

Wenn Mehrkostenregelungen z.B. im Kontext eines hinreichend preiswirksamen Festbetragssystems eingeführt werden, können sie durchaus zu einer Erweiterung der individuellen Wahlmöglichkeiten von Patienten beitragen,

ohne zwangsläufig das übergeordnete Ziel zu verletzen, dass jeder GKV-Versicherte im Bedarfsfall eine notwendige Versorgungsleistung in ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Form ohne substanzielle Eigenleistung erhält.

In anderen Kontexten können Mehrkostenregelungen dagegen problematisch wirken. Das trifft insbesondere zu, wenn sie – wie beim Zahnersatz – auf einem Festzuschussystem aufsetzen, bei dem die Versicherten von vornherein keinen Anspruch auf eine umfassende Versorgungsleistung ohne substanzielle Eigenleistung haben. Allein der Verweis auf die mögliche Absicherung der Deckungslücke durch private Zusatzversicherungen greift hier nicht. Denn die Abhängigkeit der Nachfrage nach Zusatzversicherungen vom Einkommen der Versicherten (Zok 2009) macht deutlich, dass verstärkte Teilkasko-Lösungen beim GKV-Versicherungsschutz mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einkommensabhängigen Versorgungsunterschieden in der Bevölkerung führen würden. Dabei resultiert das „eigentliche“ Problem allerdings weniger aus der Mehrkostenregelung als aus dem Teilkasko-Charakter der Leistung als unmittelbare Folge des Festzuschussystems.

Wie das Anwendungsbeispiel der Hörgeräte gezeigt hat, sind Mehrkostenregelungen auch dann problematisch, wenn sie auf einem dysfunktionalen Festbetragssystem aufsetzen, das die ihm zugeschriebene Zielsetzung einer wirksamen Preissteuerung offenbar nicht annähernd erreicht. Wenn ein nicht geringer Teil der auf eine Hörgeräteversorgung angewiesenen Versicherten – entgegen ihrem gesetzlichen Leistungsanspruch, wie das BSG noch einmal klar herausgestellt hat – schon deshalb eine beträchtliche Eigenleistung erbringen muss, weil für sie am Markt faktisch kein adäquates Hörgerät zum Festbetrag verfügbar ist, wäre es geradezu zynisch, dies als Ausdruck einer bewussten individuellen Wahlentscheidung zu interpretieren.

Unabhängig vom jeweiligen konkreten Anwendungskontext gilt zudem allgemein, dass Mehrkostenregelungen die Wahl- und Entscheidungsfreiheiten der Versicherten grundsätzlich immer nur dann sinnvoll erhöhen können, wenn die Versicherten auch tatsächlich in der Lage sind, eigenverantwortliche Entscheidungen über ihre Versorgung zu treffen. Dies betrifft den zentralen Aspekt der Patientensouveränität. Alternative Hörgeräte können relativ problemlos in unterschiedlichen Umgebungen getestet werden, aber bereits bei Zahnersatz oder individuell angefertigten Prothesen gibt es derartige individuelle Test-Möglichkeiten nicht. Bei medizinischen Entscheidungen – etwa hinsichtlich der Wirkstoffauswahl von Arzneimitteln oder der Notwendigkeit von Operationen – wäre es geradezu absurd, eine „freie“ Patientenentscheidung an die Stelle der ärztlichen Beurteilung zu setzen. Auch deshalb sollte im Hinblick auf das Ziel der Erweiterung individueller Entscheidungsspielräume den Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Bezug auf die Kassen- bzw. Tarifwahl Priorität eingeräumt werden, denn hier ist hinreichende Konsumentensouveränität grundsätzlich möglich, ohne dass die gesamte Bevölkerung erst ein Medizinstudium absolviert. Zugleich wäre damit gewährleistet – siehe die

Beispiele der hausärztlichen und integrierten Versorgung sowie der Arzneimittel-Rabattverträge –, dass vertragswettbewerbliche Steuerungsinstrumente in ihrer Wirkung nicht konterkariert würden.

Damit sind drei zentrale Bedingungen für einen sinnvollen Einsatz von Mehrkostenregelungen benannt:

1. Es muss gewährleistet sein, dass kein Versicherter aus finanziellen Gründen von einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts ausgeschlossen wird.
2. Bei individuellen Wahlentscheidungen muss ein ausreichendes Maß an Patientensouveränität bestehen.
3. Vertragswettbewerbliche Steuerungsinstrumente wie Rabatt- oder Direktverträge dürfen in ihrer Wirkung nicht konterkariert werden.

Diese drei zentralen Prämissen gilt es in der weiteren Diskussion über mögliche Ausweitungen von Mehrkostenregelungen stets zu berücksichtigen.

Literatur:

- Bauer, J./ Neumann, T./ Saekel, R. (2009): Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland – Mundgesundheit in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme. Bern: Verlag Hans Huber
- BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2010): Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Arzneimittelversorgung. Download: http://www.bmg.bund.de/cln_160/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittelpreise/10-03-26-Eckpunkte-Arzneimittelpaket,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/10-03-26-Eckpunkte-Arzneimittelpaket.pdf (Zugriff am 21.04.2010)

- BSG; Bundessozialgericht (2009): Urteil zur Hörgeräteversorgung vom 17.12.2009; Az B 3 KR 20/08 R. Download: <http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&Datum=2009-12&nr=11399&pos=3&anz=26> (Zugriff am 21.04.2010)
- Cassel, D./Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Download: www.wido.de/gutachten2006.html (Zugriff am 21.04.2010)
- CDU, CSU, FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, unterzeichnet am 26.10.2009. Download: www.cdu.de/doc/pdfc/091024-koalitionsvertrag-cducso-fdp.pdf (Zugriff am 21.04.2010)
- Coca, V./Nink, K./Schröder, H. (2009): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes. In: Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.). Arzneiverordnungsreport 2009. Heidelberg: Springer, S. 143-200
- Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Szecsenyi, J./Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): AOK im Dialog Bd. 13, Bonn, S. 145-307. Download unter: www.wido.de/gutachten2003.html (Zugriff am 21.04.2010)
- Kern, A. O. (2003): Ausgliederung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung – Eigenverantwortung der Versicherten und Folgen für die GKV. Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 248. Download: www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/248.pdf (Zugriff am 21.04.2010)
- Klauber, J./Schleert, N. (2006): Mehr Mut zum Wettbewerb. Gesundheit und Gesellschaft, 9. Jg., Heft 4, S. 32-99
- SpiV; Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse. Dokumentation. Hamburg. Download: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/971fe478dd839c3bc12571e700442bec/fcaa27635bb5b1b9c12571260029a84b/\\$FILE/Studie_Zahnersatz_2006.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/971fe478dd839c3bc12571e700442bec/fcaa27635bb5b1b9c12571260029a84b/$FILE/Studie_Zahnersatz_2006.pdf) (Zugriff am 21.04.2010)
- Wessels, M. (2009): Systemwechsel von der therapiebezogenen zur befundbezogenen Bezuschussung beim Zahnersatz – Ein Vorbild für andere Leistungsbereiche? Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf
- Zok (2009): Interesse an privaten Zusatzversicherungen. WiDO-Monitor, Ausgabe 2/2009; Download: wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg2_1209.pdf



Der (selbst-)geschützte Patient

Eine gesundheitswissenschaftliche Studie

Von Prof. Dr. Edwin H. Buchholz

2010, 271 S., brosch., 39,- €, ISBN 978-3-8329-5236-5

Dieses Spätwerk des in Theorie und Praxis ausgewiesenen Autors ist eine Fundgrube für Fachleute und Laien. Im Zentrum steht die Schwachstelle Patient mit ihren Organisationsproblemen und gravierenden Interessenverletzungen in der Behandlung. Die Stärkung des Patienten wird vor allem in größerer Eigenverantwortlichkeit gesehen.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos