

Kostenerstattung in der GKV: Empirische Evidenz ihrer Effizienzwirkungen

Mit der Neuregelung des § 53 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) haben die Krankenkassen Handlungsspielräume hinzugewonnen, unterschiedliche Tarife anzubieten. Die Möglichkeiten, allen Versicherten Wahltarife anzubieten, beziehen sich neben Selbstbehalten und Beitragsrückerstattung auch auf das Kostenerstattungsprinzip. Fortan können Krankenkassen Kostenerstattungstarife gegen eine Zusatzprämie anbieten und auf diese Weise in den Markt der Zusatzversicherungen eintreten. Vor dem Hintergrund dieser veränderten Rahmenbedingungen sind für Krankenkassen die Effizienzwirkungen, die mit dem Kostenerstattungsprinzip verbunden sind, von Interesse und sollten bei der Ausgestaltung zukünftiger Wahltarifangebote berücksichtigt werden. Die grundsätzliche Vorstellung von der Wirkung des Kostenerstattungsprinzips ist, dass Leistungen und Kosten für den Patienten transparenter werden. Verbunden damit wird die Hoffnung, über eine Kostenkenntnis ein erhöhtes Kostenbewusstsein und darüber wiederum Kosten sparendes Verhalten der Patienten befördern zu können. Eine andere Zielsetzung, die mit der Einführung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV verbunden war und ist, besteht darin, freiwillig in der GKV Versicherte durch die Option auf Kostenerstattung von einem Wechsel in die PKV abzuhalten. Der vorliegende Beitrag analysiert diese Wirkungen – d.h. im Sinne einer Senkung der Leistungsanspruchnahme sowie einer Ausrichtung an den Präferenzen der Versicherten – auf der Grundlage verfügbarer empirischer Belege.

■ Antje Freytag, Martin Albrecht, Silvia Klein, Bertram Häussler

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende literatur- und theoriebasierte Untersuchung befasst sich mit den Fragen, welche ökonomischen Wirkungen mit dem Prinzip der Kostenerstattung verbunden sind und inwieweit ein weitergehender Einsatz des Kostenerstattungsprinzips in der GKV geeignet ist, die Effizienz des Gesundheitssystems zu erhöhen.

Im Ergebnis lässt sich nicht belegen, dass eine durch das Kostenerstattungsprinzip erzeugte Kosten- und Leistungstransparenz zu einer Reduzierung der Leistungsanspruchnahme führt. Wie die Evaluierung eines Modellversuchs der KV Rheinhessen im Jahr 2003 zur Ausstellung einer Patientenquittung sowie eine Erprobungsregelung der IKK Mettmann zur Kostenerstattung (Jacobs und Reschke 1993) zeigten, existieren im Gegensatz sogar Hinweise darauf, dass ohne Kombination mit einem Selbstbehalt sogar eine erhöhte Inanspruchnahme resultieren kann.

Ein senkender Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme kann insofern weniger von einer isolierten Kosten- und Leistungstransparenz als vielmehr von einer damit gekoppelten finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten ausgehen, ist allerdings abhängig von deren Ausgestaltung. Felder und Werblow (2006) konnten für das Selbstbehalt-Modell der Techniker Krankenkasse „TK-Programm 240“ einen selektionsbereinigten inanspruchnahmesenkenden Effekt von durchschnittlich 17 bis 25 % jährlich nachweisen.

Inwieweit die mit dem Kostenerstattungsprinzip üblicherweise verbundene finanzielle Vorleistungspflicht die Leistungsanspruchnahme senkt, ist empirisch bislang nicht explizit untersucht worden.

Zu beobachten ist eine verbreitete versichertenseitige Präferenz für mehr Kosten- und Leistungstransparenz, wie eine aktuelle Forsa-Befragung von GKV-Versicherten (2006) sowie die Janssen-Cilag-Bevölkerungsbefragung 2002 zeigten. Leicht dämpfend wirkt dabei, dass Patienten die Möglichkeit einer negativen Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sehen.

Für GKV-Versicherte liegt der spezielle Nutzen der Kostenerstattung in dem Quasi-Status als Privatversicherte aufgrund der Möglichkeit für Ärzte, privat abzurechnen

A. Freytag, M. Albrecht, S. Klein, B. Häussler, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.
Die Autoren danken Dr. H.-D. Nolting für seine hilfreichen Kommentare.

und nicht den Budget-Restriktionen der GKV (Honorarverteilung, Arzneimittelbudgets etc.) zu unterliegen. Dennoch wählten nur wenige freiwillig GKV-Versicherte Kostenerstattung – insgesamt waren es zwischen 0,4 und 3,4 % aller GKV-Versicherten des Jahres 2005. Diese geringe Zahl ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass dem genannten Vorteil aus Sicht des Versicherten bislang das Zuzahlungsrisiko bzw. die Kosten einer Zusatzversicherung gegenüber standen. Um hier eine stärkere Ausrichtung an den Präferenzen der Versicherten zu erreichen und gleichzeitig inanspruchnahmeerhöhende Auswirkungen zu bremsen, stehen den Krankenkassen die erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten gemäß § 53 SGB V zur Verfügung; beispielsweise lassen sich nun Tarife konzipieren, die eine Vergütung der Ärzte zu höheren Honorarsätzen gegen entsprechende Zusatzprämie in Kombination mit einem Selbstbehalt vorsehen.

1. Wirkungen des Kostenerstattungsprinzips auf die Leistungsinanspruchnahme

Eine Analyse der Wirkungen des Kostenerstattungsprinzips auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch den Versicherten bzw. Patienten erfordert eine Aufgliederung des Kostenerstattungsprinzips in seine prinzipiellen Eigenschaften. Von diesen können jeweils separate Effekte auf die Leistungsinanspruchnahme ausgehen, die analytisch idealerweise zu isolieren sind:

- die Arztrechnung als *Transparenzinstrument* für den Patienten bzw. Versicherten (Abschnitt 1.1);
- die Notwendigkeit der finanziellen Vorleistung gegenüber dem Arzt durch den Versicherten, bevor der Versicherer die Kosten erstattet (Liquiditätskosten; Abschnitt 1.2);
- die übliche Kombination des Kostenerstattungsprinzips mit *Selbstbeteiligungsregelungen* in Krankenversicherungsverträgen (Abschnitt 1.3) sowie schließlich
- die Tendenz der Leistungserbringer zur Honorardrift, d.h. zur Berechnung von Honoraren, die über die Erstattungsverpflichtungen des Versicherers hinausgehen.¹

Von diesen prinzipiellen Merkmalen ist das spezifische Merkmal, das mit dem im Rahmen der GKV implementierten Kostenerstattungsprinzip verbunden ist, zu unterscheiden: die Möglichkeit des von einem GKV-Versicherten mit Kostenerstattung aufgesuchten Arztes zur *Privatliquidation*. Diese Besonderheit zieht ebenso spezifische Effizienzwirkungen nach sich, beispielsweise begünstigen allgemeingültige GKV-Erstattungsbeschränkungen das Phänomen der Honorardrift (Abschnitt 1.4).

1.1 Wirkungen von Leistungs- und Kostentransparenz auf die Leistungsinanspruchnahme

Eine indirekte Methode zur Messung der Effekte von Leistungs- und Kostentransparenz auf die Leistungsinanspruchnahme wurde in einer aktuellen Umfrage des Forsa-Instituts (2006) angewendet, bei der die Teilnehmer nach ihren Erwartungen in Bezug auf Kosten sparende

Effekte einer Arztrechnung gefragt wurden. Diese Frage wurde von Patientenseite mehrheitlich positiv beantwortet: So erwarteten z. B. 56 % der befragten Patienten, dass es möglich wäre, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen, wenn die Patienten einen besseren Überblick über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und Kosten hätten. 70 % der befragten Ärzte waren gegenteiliger Meinung. Aus den ohne Konsequenzen bleibenden mündlich geäußerten Erwartungen von Patienten und Leistungserbringern lassen sich jedoch keine belastbaren Hinweise für tatsächlich zu erwartende Kosten sparende Effekte ableiten.

Einen ernster zu nehmenden Hinweis liefert der wissenschaftlich begleitete Modellversuch der KV Rheinhesen zur Ausgabe einer vertragsärztlichen Leistungs- und Kosteninformation im Jahr 2003 (ZI 2003). In 21 Arztpraxen wurde den Patienten, die dies wünschten, ein Beleg unmittelbar im Anschluss an den Arztkontakt (Tagesquittung) ausgehändigt. In 46 Arztpraxen wurde eine Quartalsübersicht (Quartalsquittung) an den Patienten versandt. Die befragten Arztpraxen gaben an, kein Kosten bewussteres Verhalten der teilnehmenden Patienten wahrgenommen zu haben, einige sahen sogar einen gegenteiligen Effekt (ZI 2003, S. 25). Ein solch gegenteiliger Effekt konnte auch bei einer Erprobungsregelung zur Kostenerstattung für GKV-Versicherte bei der IKK Mettmann beobachtet werden (Jacobs und Reschke 1993, S. 17ff.; vgl. Abschnitt 1.4). Da sich beim Kostenerstattungsprinzip in der GKV die Transparenzeffekte mit den Effekten mischen, die von dem Quasi-Status als Privatpatient ausgehen, lässt sich die bei der IKK Mettmann gemachte Beobachtung kaum als Beleg für einen allgemeingültigen inanspruchnahmeerhöhenden Effekt von Kosten- und Leistungstransparenz heranziehen.

Für das PKV-Umfeld wurden keine vergleichbaren Studien durchgeführt. Weiter ist zu fragen, welchen Einfluss das Ausstellen einer Quittung auf das Angebotsverhalten des Arztes entfaltet. Die Möglichkeit, dass Ärzte auf diese Weise von versehentlichen sowie vorsätzlichen Falschabrechnungen abgehalten werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Empirische Untersuchungen zu dieser Frage sind uns jedoch nicht bekannt. Für die Seite der Leistungserbringer ist festzuhalten, dass die beschriebene Konstruktion aus Kostenerstattungsprinzip für GKV-Versicherte und privater Zusatzversicherung einen im Vergleich zum Sachleistungsprinzip stärkeren Anreiz zur Leistungsausweitung ausübt.

Insgesamt ist die empirische Evidenz durch die im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips beförderte Leistungs- und Kostentransparenz nicht ausreichend, um die Wirkung einer Reduktion der Leistungsinanspruchnahme zu belegen.

1.2 Wirkungen finanzieller Vorleistung auf die Leistungsinanspruchnahme

Eine in Frankreich durchgeführte Studie (Dourgnon und Grignon 2000) kommt zu dem Ergebnis, dass einkommensschwächere Versicherte unter den Bedingungen

des Kostenerstattungsprinzips weniger Leistungen in Anspruch nehmen als unter den Bedingungen des Sachleistungsprinzips. Die Minderinanspruchnahme von Geringverdienern könnte auf die finanziellen Belastungen durch die Vorleistungsverpflichtung zurückzuführen sein. Diese Interpretation ist jedoch auch deshalb unsicher, da unklar ist, ob die Ergebnisse auf Selbstbehaltregelungen zurückzuführen sind, die in Frankreich im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips anders ausgestaltet waren als im Rahmen des Sachleistungsprinzips.

Das mögliche Problem einer durch Vorleistungsverpflichtungen ausgelösten Minderinanspruchnahme von Geringverdienern verringert sich, wenn man folgende Aspekte berücksichtigt:

Erstens: Bei zahnärztlichen Leistungen – so sie weniger akut sind (z. B. Zahnersatz) als andere ärztliche Behandlungsarten – werden Belastungsprobleme durch finanzielle Vorleistung dadurch entschärft, dass Versicherte bzw. Patienten einen größeren Spielraum haben, den Behandlungszeitpunkt zu bestimmen und sich über alternative Behandlungsangebote zu informieren.

In der GKV gilt bereits heute die Regel, dass der Patient aufgrund des geltenden Festzuschusses für die zahnärztliche Versorgung einen Selbstbehalt von durchschnittlich 50 % der Kosten selbst tragen muss. Im zahnärztlichen Versorgungsbereich wird dieser Modus gesellschaftlich akzeptiert. In einigen Ländern – wie z. B. in der Schweiz – werden Zahnersatzleistungen komplett aus Eigenleistungen finanziert.

Zweitens: Versicherer dürften im Rahmen eines funktionsfähigen Wettbewerbs einen Anreiz haben, Instrumente zu entwickeln, die die Nachteile der finanziellen Vorleistung für die Versicherten verringern – wie z. B. durch eine Vereinfachung des Verfahrens, den Antrag auf Kostenerstattung seitens des Versicherten zu stellen, sowie eine Beschleunigung der Bearbeitung durch den Versicherer.

Eine beschleunigte Kostenerstattung reduziert die Liquiditätskosten für den Versicherten.

Drittens: Die Liquiditätskosten können komplett entfallen, wenn sich der Versicherer bereit erklärt, auf Anfrage des Versicherten im Leistungsfall ohne Verzug finanziell in Vorleistung zu treten. Dies ist beispielsweise bereits heute bei stationären Leistungen, die in der Regel mit hohen Behandlungskosten verbunden sind, häufig der Fall. Eine Vorleistungsverpflichtung durch den Versicherer ist indes nicht nur für Bezieher geringer Einkommen, sondern auch für die Seite der Leistungserbringer mit einem Vorteil verbunden, da diese ihr Inkassorisiko senkt.

Gleichwohl könnte sich sowohl aus der Sicht des Versicherers als auch der Sicht einkommensstärkerer Versicherter ein Vorteil daraus ergeben, dass sich das Vorleistungsprinzip zur Risikoselektion (vgl. Abschnitt 1.3) einsetzen lässt. Dies wäre jedoch nur dann rational, wenn vorausgesetzt werden könnte, dass einkommens-

schwächere Versicherte systematisch höhere Leistungsausgaben verursachen als einkommensstärkere Versicherte. Der Selbstbehalt dürfte sich für diesen Zweck im Vergleich zum Vorleistungsprinzip eher als geeignetes Instrument erweisen.

1.3 Wirkungen von Selbstbehaltregelungen auf die Leistungsinanspruchnahme

Versicherungsökonomisch betrachtet ist der Selbstbehalt ein Instrument zur Begrenzung übermäßiger Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte bzw. Patienten. Darüber hinaus können Krankenversicherer Selbstbehalttarife einsetzen, um vorab Anhaltspunkte über das Leistungsinanspruchnahmeverhalten der Versicherten zu gewinnen (Selbstselektion). Rationale Versicherungsnehmer fragen Versicherungsdeckung in Abhängigkeit von der eigenen Vorab einschätzung ihres Inanspruchnahmegrades nach. So fragen „Wenignutzer“ hohe Selbstbeteiligungen nach, „Vielnutzer“ bevorzugen hingegen geringe bzw. keine Selbstbeteiligungen. Tarife mit (hohen) Selbsthalten können deshalb prinzipiell aus folgenden Gründen zu geringeren Prämien angeboten werden als Tarife ohne (bzw. mit geringen) Selbsthalte(n): Die durchschnittlichen Erstattungsverpflichtungen für das betroffene Versichertenkollektiv sind vergleichsweise geringer, erstens infolge der Zuzahlungsverpflichtungen, zweitens insoweit als ein Steuerungseffekt – d. h. eine Senkung der Inanspruchnahme infolge des Selbsthalts – zum Tragen kommt und drittens insoweit als das Versichertenkollektiv, das den Selbstbehalttarif wählt, hauptsächlich aus „Wenignutzern“ besteht. Bei der Analyse der Wirkungen von Selbsthalten auf die Leistungsinanspruchnahme von Versicherten muss dieser „Selbstselektions-Effekt“ deshalb ausgeschlossen bzw. isoliert werden, ein häufig bei empirischen Studien nicht adäquat berücksichtigtes Problem.²

Außerdem ist die Wirkung eines Selbsthalts auf die Leistungsinanspruchnahme in hohem Maße von der Ausgestaltung des Selbsthalts abhängig, für die zahlreiche Varianten existieren bzw. denkbar sind. Zu unterscheiden ist dabei an vorderster Stelle zwischen obligatorischen (nur in der GKV vorkommenden) und wählbaren Selbsthalten wie auch zwischen pauschalen und proportionalen Selbsthalten sowie Indemnitästarifen (Knappe und Fritz 1984).³ Bei der Messung von die Inanspruchnahme senkenden Effekten ist insbesondere das zugrunde liegende Versichertenkollektiv mit seiner Leistungsinanspruchnahme vor der Einführung von Selbsthalten ausschlaggebend. So ist z. B. zu berücksichtigen, dass sich bei Versicherten, die weder vor noch nach Selbstbehalt keine Leistungen in Anspruch nehmen mussten, rechnerisch natürlich kein senkender Effekt einstellt.

Breyer et al. zogen im Jahr 2003 (S. 254) aus der empirischen Forschung zum Zusammenhang zwischen Versicherungsdeckung und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen folgende Schlussfolgerung: Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen, insbesondere nach „Erstkontakten“ mit einem Arzt reagiere signifikant auf den Um-

fang des Versicherungsschutzes, d.h. mit zunehmender Versicherungsdeckung nimmt die Nachfrage zu, mit sinkender Deckung nimmt sie ab. Dabei fiel die mittels der Preiselastizität der Nachfrage gemessene Reaktionsstärke der Nachfrageveränderung auf eine Deckungsänderung allerdings vergleichsweise gering aus.

In einer aktuellen, methodisch auf dem neuesten Stand befindlichen Arbeit (Felder und Werblow 2006) zu den Wirkungen von Selbstbehalten (hier des Selbstbehaltsmodells der Techniker Krankenkasse „TK-Programm 240“) nahmen die Teilnehmer des Selbstbehalttarifs 94 bis 137 Euro pro Mitglied weniger Leistungen in Anspruch als Mitglieder in der Kontrollgruppe (gemessen in Jahresausgaben für Krankenhaus, Kuren und Arzneimittel, die im Durchschnitt 539 Euro betragen). Diese Reduktion macht 27 bis 30 % der beobachteten Kostendifferenz zwischen beiden Gruppen bzw. durchschnittlich 17 bis 25 % der durchschnittlichen Ausgaben aus und bildet den Steuerungseffekt des Selbstbehaltsmodells ab. Ebenfalls selektionsbereinigt sank die Zahl der Hausarztbesuche in der Selbstbehaltgruppe um durchschnittlich 1,55 pro Jahr, die Zahl der Facharztbesuche um 1,95 Konsultationen pro Jahr. Der Rückgang der Inanspruchnahme als Folge des Selbstbehalts beschränkte sich dabei auf die kurativen Leistungen. Bei den präventiven Leistungen war kein Unterschied feststellbar.

Der verhaltenssteuernde Mengeneffekt finanzieller Selbstbeteiligungsmaßnahmen wurde auch im Hinblick auf die zum 1.1.2004 eingeführte quartalsbezogene Praxisgebühr untersucht. So berichtet beispielsweise der DAK-Gesundheitsreport 2004 (S. 68) über folgende Wirkung: Bei 9,1 % der Befragten ist es im Jahr 2004 bereits vorgekommen, dass sie sich krank gefühlt haben, und nur deshalb nicht zum Arzt gegangen sind, weil sie sich die Praxisgebühr sparen wollten. 8,5 % der Befragten sind 2004 auch schon einmal krank zur Arbeit gegangen, um sich die Praxisgebühr für eine Krankschreibung zu sparen. Und 3,4 % gaben an, im Jahr 2004 schon einmal nach drei Tagen wieder zur Arbeit gegangen zu sein, um sich die Praxisgebühr zu sparen, obwohl sie noch nicht vollständig gesund waren. Eine aktuelle Untersuchung des RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Augurzky et al. 2006) auf der Basis von SOEP-Daten (Sozio-oekonomisches Panel) der Jahre 2003 und 2005 kommt hingegen zu dem Ergebnis, dass gesetzlich Krankenversicherte nach der Einführung der Praxisgebühr mit der gleichen Wahrscheinlichkeit den Arzt aufsuchen wie zuvor.⁴ Die Praxisgebühr habe offenbar lediglich zu einer zeitlichen Verlagerung der Arztbesuche geführt, trage so aber insgesamt nicht zur Ausgabenreduzierung im Gesundheitswesen bei. An der Praxisgebühr wird beispielhaft deutlich, dass die Wirkungen eines Selbstbehalts von seiner konkreten Ausgestaltung abhängen. Nach der RWI-Studie wäre von einer geringeren als der gegenwärtigen Praxisgebühr, die dafür aber bei jedem Arztbesuch zu entrichten wäre, eher ein dämpfender Effekt auf die Gesamtausgaben zu erwarten.

Als eine besonders steuerungswirksame Ausgestaltungsform einer Selbstbeteiligung gilt der Indemnitätstarif, der

beispielsweise seit dem Jahr 2005 über die obligatorische Festzuschuss-Regelung in der zahnärztlichen Versorgung der GKV eingeführt wurde. Bei zahnärztlichen Leistungen gelten Selbstbehaltregelungen generell als besonders steuerungswirksam, da Zahnersatz in der Regel weniger akut und damit besser planbar ist (vgl. Abschnitt 1.2). Außerdem bestehen bei der Versorgung regelmäßig erhebliche Variationsmöglichkeiten, die es dem Versicherten ermöglichen, zwischen unterschiedlich komfortablen Versorgungsformen mit unterschiedlichen ästhetischen Ergebnissen zu wählen. Schließlich lassen sich über die finanzielle Eigenbeteiligung langfristige Anreize zu präventivem Verhalten setzen. Wenn das Kostenerstattungsprinzip mit Selbstbehalten kombiniert wird, dann bietet sich der zahnärztliche Bereich aufgrund der genannten Eigenschaften besonders an.

Insgesamt kann es als empirisch belegt betrachtet werden, dass von Selbstbehalten steuernde Wirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Krankenversicherten ausgehen können und dass hierdurch insgesamt Leistungsausgaben reduziert werden können. Dies gilt auch nach Herausrechnung des Selbstselektionseffekts, dessen Existenz in der GKV, für den Fall, dass ein Selbstbehalt nicht einheitlich und obligatorisch festgelegt wurde, belegt ist (Winkelhake und John 2000 sowie Felder und Werblow 2006).

1.4 Wirkungen des Kostenerstattungsprinzips in der GKV auf die Leistungsanspruchnahme

Die bereits erwähnte Studie, welche die Effizienzwirkungen einer Erprobungsregelung zum Kostenerstattungsprinzip in der GKV anhand von Daten im Beobachtungszeitraum 1990 und 1991 der IKK Mettmann untersuchte, gelangte zu folgenden Ergebnissen (Jacobs und Reschke 1993, S. 17ff.): Bei der ambulanten ärztlichen Behandlung konnten bei den Teilnehmern der Kostenerstattungsregelung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (sowie gegenüber geeigneten Vergleichswerten aus anderen empirischen Untersuchungen der GKV) eine deutlich überdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme festgestellt werden. Dies galt für die Anzahl der Arztkontakte und insbesondere für die durchschnittlichen Rechnungsbeträge bzw. erstattungsfähigen Beträge je Arztkontakt. Eine Verringerung der Leistungsanspruchnahme aufgrund von Kostenkenntnis und Kostenbewusstsein konnte im Verlauf des zweijährigen Untersuchungszeitraums nicht beobachtet werden, es war vielmehr sogar ein Anstieg vom ersten auf das zweite Jahr erkennbar. Erstattet wurden im Durchschnitt nur 43 % der zur Erstattung eingereichten Rechnungen. Die Differenz von 57 % setzte sich zusammen aus 47 %-Punkten Honorardrift sowie 10 %-Punkten Verwaltungskosten für die Kassen (inkl. nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen). Die erheblichen Mehrausgaben wurden demnach außerhalb der GKV finanziert. Die Versicherten schlossen dazu überwiegend eine private Zusatzversicherung ab. Diese war in der Regel so ausgestaltet, dass der gesamte nicht erstattete Teil des Rech-

nungsbetrages (inklusive der GKV-üblichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen) von der Zusatzversicherung übernommen wurde. Diese Konstruktion setzte keinerlei unmittelbaren Anreiz zu Kosten sparendem Inanspruchnahmeverhalten.

Das Beispiel zeigt auch, dass Kostenkenntnis und finanzielle Vorleistung allein noch keine ausreichenden Instrumente sind, um eine Reduktion der Inanspruchnahme zu bewirken. Sie können sogar in entgegen gesetzte Richtung wirken. Für die Seite der Leistungserbringer ist festzuhalten, dass die beschriebene Konstruktion aus Kostenerstattungsprinzip für GKV-Versicherte und privater Zusatzversicherung einen im Vergleich zum Sachleistungsprinzip stärkeren Anreiz zur Leistungsausweitung ausübt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Kostenerstattungsprinzip in der GKV insgesamt tendenziell mit Mehrausgaben verbunden ist, die allerdings zum Großteil außerhalb der GKV, das heißt aus privaten Mitteln finanziert werden.

2. Ausrichtung an den Präferenzen der Versicherten durch Kostenerstattung

2.1 Präferenzen für Kosten- und Leistungstransparenz

Das wachsende Interesse von Versicherten und Patienten an Preis- bzw. Leistungstransparenz im Gesundheitswesen ist durch diverse empirische Studien belegt worden. Beispielhaft sollen hier die Ergebnisse der aktuellen Forsa-Befragung von GKV-Versicherten aus dem Jahr 2006 sowie der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung von 2002 dargestellt werden.

Bei der Forsa-Studie handelt es sich um eine repräsentative Befragung von 1.005 GKV-Versicherten per Telefoninterview:

- 63 % der Befragten fühlten sich nicht ausreichend über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und die dafür bei den Krankenkassen abgerechneten Kosten informiert.
- 11 % der Befragten haben einen Leistungserbringer schon einmal um eine Leistungs- und Kostenübersicht gebeten.
- 78 % der Befragten meinen, dass auch GKV-Versicherte einen Anspruch auf eine Leistungs- und Kostenübersicht haben.
- 54 % der Befragten meinen, dass es eher unwahrscheinlich ist, dass sie künftig eine Patientenquittung anfordern.
- 68 % der Befragten würden es begrüßen, wenn ihr Arzt automatisch jedes Quartal eine Patientenquittung vorlegen würde.

Neben einem deutlichen Interesse der Versicherten und Patienten an einer Leistungs- und Kostentransparenz liefert die Studie einen Hinweis dafür, dass ein Teil der Patienten ihr Interesse an mehr Transparenz dem Arzt gegenüber nicht enthüllen möchte, um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu gefährden: So hätten 68 % der Befragten gerne regelmäßig und automatisch eine Arzt-

quittung, während nur 46 % der Befragten es für wahrscheinlich halten, dass sie künftig eigenständig eine Patientenquittung anfordern.

Die Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002 (Nolting und Wasem 2002, S. 18) – befragt wurden 1.000 repräsentativ ausgewählte GKV-Versicherte – belegen ebenfalls ein deutliches Interesse an einer nach jedem Arztbesuch ausgestellten Patientenquittung, und zeigen auf, inwieweit hier Unterschiede bezüglich der gewünschten Inhalte bestehen:

- Eine bloße Aufstellung der erhaltenen Leistungen – ohne Ausweis der jeweiligen ärztlichen Vergütung und Bestätigung durch den Patienten – wurde von 79 % der Befragten befürwortet.
- Die zusätzliche Angabe der ärztlichen Vergütung wurde von 65 % positiv beurteilt.
- Einer Bestätigung der Leistungserbringung durch den Patienten per Unterschrift stimmten 56 % zu.

Diese Ergebnisse lassen sich derart deuten, dass offenbar ein Teil der GKV-Versicherten der Auffassung ist, die Einsicht in die Vergütung könne das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten.

2.2 Präferenzen für das Kostenerstattungsprinzip in der GKV

Für GKV-Versicherte resultieren mögliche Vorteile des Kostenerstattungsprinzips insbesondere aus dem Quasi-Status als Privatpatient aufgrund der günstigeren Vergütungsbedingungen für den behandelnden Arzt. Diese mögen sich z. B. in kürzeren Wartezeiten niederschlagen. Mit diesem Status ist auch die Möglichkeit verbunden, Leistungserbringer wählen zu können, die nicht im Rahmen von Verträgen mit den Kassen verpflichtet sind. Das Recht auf freie Arztwahl gilt somit umfassender als im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Das Kostenerstattungsprinzip dient aus Sicht der Krankenkassen in diesem Punkt weniger der Reduzierung der Leistungsanspruchnahme als dazu, ihre Wettbewerbsfähigkeit gegenüber der PKV zu erhöhen.

Die Möglichkeit der Ärzte zur Privatliquidation ist aus der Sicht des GKV-Versicherten solange mit einem Vorteil verbunden, wie dem ggf. über die Erstattungsleistung der Krankenkasse hinausgehenden Honorar eine aus individueller Versichertensicht entsprechend hoch gewertete Mehrleistung gegenübersteht. Gegenüber PKV-Versicherten bestand für GKV-Versicherte bislang ein wesentlicher Unterschied: Während private Krankenversicherungsverträge die Erstattungsfähigkeit der Honorarsätze laut GoÄ/GoZ in der Regel auf das 2,3- bzw. 2,7-Fache begrenzen, lag der Erstattungssatz der Kassen einheitlich beim einfachen Satz. Der Erstattungsbetrag reduzierte sich zusätzlich dadurch, dass die Kassen Verwaltungskosten geltend machen konnten, um die der Erstattungsbetrag gemindert werden durfte. GKV-Versicherte mit Kostenerstattung sahen sich somit einem größeren Spielraum zur Honorardrift seitens der Leistungserbringer gegenüber. Die

Verbraucherzentrale sprach in diesem Zusammenhang von einem Zuzahlungsrisiko und warnte vor der Wahl der Kostenerstattung. Allerdings bestand für GKV-Versicherte die Möglichkeit, die Differenz zwischen berechnetem Honorar und Erstattungsbetrag über den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung abzusichern.

Für den Versicherten treten damit Nutzen- und Kostenaspekte zutage, die nicht ursächlich dem Kostenerstattungsprinzip selbst, sondern dem zweigliedrigen Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV und dort im Besonderen den unterschiedlichen Rahmen- und Vergütungsbedingungen für die ärztliche Leistungserbringung zuzuschreiben sind. Diese Nutzen- und Kostenaspekte sind somit spezifisch für Deutschland.

Inwieweit das in der GKV in der gegenwärtigen Form wählbare Kostenerstattungsprinzip den Präferenzen der Versicherten bzw. Patienten entspricht, lässt sich insbesondere an der Anzahl der Versicherten messen, die diese Option ausüben. In der amtlichen Statistik werden hierzu keine Daten geführt. Nach Angaben des VdAK haben von 25,3 Mio. Versicherten 100.000 Kostenerstattung gewählt, dies entspricht einem Anteil von 0,4 % (Maus 2005).

Einer Befragung von 2.912 GKV-Versicherten im Gesundheitsmonitor 2004/2005 zufolge gaben 3,4 % der Befragten an, Kostenerstattung gewählt zu haben (Bertelsmann Stiftung 2006, S. 28). Bei Versicherten im Alter von 60 Jahren oder älter lag die Nutzung statistisch signifikant über dem Durchschnitt. Von den Versicherten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerteten, hatte ein Anteil von 6,4 % Kostenerstattung gewählt. Diese Ergebnisse lassen sich als Hinweis darauf interpretieren, dass das Kostenerstattungsprinzip möglicherweise als Ersatz für eine private Zusatzkrankenversicherung gewählt wird, die aufgrund von Risikozuschlägen insbesondere für ältere Versicherte bzw. für Versicherte, die im Rahmen der Risikoeinschätzung durch private Krankenversicherungsunternehmen bereits eine Reihe von Vorerkrankungen anzugeben hätten, finanziell unattraktiv wäre.

Die bislang als gering zu bezeichnende versichertenseitige Nachfrage nach dem für Leistungserbringer vorteilhaften Kostenerstattungsprinzip hat letztere dazu gebracht, Konzepte zu entwickeln, die auf eine Begrenzung der Honorardrift als den gravierenden Nachteil des Kostenerstattungsprinzips für GKV-Versicherte gerichtet sind. So rechnen z. B. Ärzte, die dem „GKV Plus“-Modell der Ärztengeossenschaft Schleswig-Holstein beigetreten sind, nur den einfachen GoÄ-Satz ab. Allerdings zeigten bislang nur wenige Patienten Interesse an diesem Modell, möglicherweise auch deshalb, weil die erforderlichen Erläuterungen seitens des Arztes zeitaufwändig waren und nicht in Relation zur Dauer des gesamten Arztkontaktes standen (o. V. 3.7.2006).

Aus dem relativ geringen Interesse der GKV-Versicherten an einer Wahl des Kostenerstattungsprinzips lässt sich schließen, dass zumindest die bis zum Inkrafttreten

des GKV-WSG bestehende Ausgestaltung des Kostenerstattungsprinzips in der GKV nur den Präferenzen weniger Versicherte entsprochen zu haben scheint. Ein bremsender Einfluss auf die Nachfrage dürfte allerdings auch von den expliziten Warnungen verschiedener Krankenkassen sowie der Verbraucherzentrale vor der Option auf Kostenerstattung ausgegangen sein.

3. Kostenerstattung nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV traten zum 1. April 2007 diverse Regelungen zur Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Möglichkeit für Versicherte, Kostenerstattung zu wählen, in Kraft. Einerseits wurden die Vorschriften des § 13 SGB V „Kostenerstattung“ verändert, andererseits wurde die Kostenerstattung nun auch als möglicher Bestandteil eines „Wahltarifs“ gemäß § 53 SGB V verankert. Anstelle der bislang nur auf den ambulanten Sektor insgesamt begrenzten Gültigkeit des Kostenerstattungsprinzips können Versicherte nun im Einzelfall entscheiden, ob sie anstelle der Sachleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener (oder zu ambulanter Versorgung ermächtigter) Leistungserbringer wählen. Das Beratungsgebot durch die Kassen sowie die einjährige Bindungsfrist sind entfallen. Das Anrechnungsverfahren für die Ausgaben der Kassen im Rahmen der Kostenerstattung auf die Gesamtvergütung ist in den Gesamtverträgen zu regeln (§ 85a Abs. 3 SGB V). Über die tariflich vereinbarte Höhe der Kostenerstattung kann eine Kasse fortan individuell und variabel entscheiden. Für die Mehrkosten gegenüber dem Sachleistungsprinzip kann sie eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung von den Versicherten fordern (§ 53 Abs. 4 SGB V).

Nicht Bestandteil des GKV-WSG ist eine Verpflichtung der GKV-Versicherten auf Kostenerstattung, z. B. im Bereich der zahnärztlichen Heilbehandlung. Der Vorstellung von einer Verordnung von mehr finanzieller Eigenbeteiligung per Gesetz durch obligatorische Formen von Selbstbehalten oder Kostenerstattung wurde damit eine Absage erteilt.

Parallel zur generellen Option der GKV-Versicherten auf Kostenerstattung (§ 13 SGB V) können die Krankenkassen das Kostenerstattungsprinzip als eine Form bzw. einen Bestandteil von Wahltarifen aufnehmen (§ 53 SGB V). Die zwingende Bindung von Selbstbehalten zu den Kostenerstattungsprinzip ist dabei entfallen. Es ist Kassen fortan gestattet, nicht nur für freiwillig Versicherte, sondern auch für Pflichtversicherte Tarife zu konzipieren, die eine Kombination aus Selbstbehalten, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung sowie besonderen Versorgungsformen enthalten. Diese Wahltarife sind jedoch an weitere Bedingungen geknüpft: so ist eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren vorgesehen; die Höhe der von den Versicherten zu entrichtenden Prämien für Wahltarife sowie der den Versicherten gewährten Bei-

tragsrückflüsse ist nach oben begrenzt; von den Krankenkassen ist der Nachweis zu erbringen, dass sich die Tarife finanziell selbst tragen. Dies soll eine Quersubventionierung aus dem Regelleistungsbereich verhindern.

Die erweiterten Handlungsspielräume für Kassen sowie Wahlfreiheiten für Versicherte ermöglichen eine flexible Nutzung der Vorteile des Kostenerstattungsprinzips bei gleichzeitigem Verzicht auf dessen Nachteile: So könnte z. B. der durchaus verbreiteten Präferenz von Patienten bzw. Versicherten für eine Transparenz über ihre in Anspruch genommenen Leistungen und Kosten entsprochen werden – dies auf vermutlich unschädlichere Weise als mit einer vom Patienten persönlich einzufordernden Patientenquittung, das heißt ohne potenziellen Vertrauensverlust im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Eine kombinierte Anwendung von Selbstbehalten und Kostenerstattung ist weiterhin möglich, aber nicht mehr verpflichtend. Sobald der Patient eigene Anteile der Leistungsvergütung selbst trägt – sei es in Form eines prozentualen Selbstbehalts, einer Differenz zu einem pauschalen Erstattungsbetrag oder im Rahmen von Beitragsrückerstattungsmodellen – dürfte eine Kopplung mit einer Arztrechnung allerdings unverzichtbar sein.

Ob der Patient zusätzlich finanziell in Vorleistung treten muss, ist ein vom Aspekt der Arztrechnung unabhängiges tarifliches Ausgestaltungsmerkmal, das der Versicherer im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips verlangen kann, aber nicht muss. Es ist ihm deshalb freigestellt, den potenziellen Präferenzen von Versicherten gegen eine finanzielle Vorleistung zu entscheiden, wie es private Krankenversicherungen insbesondere bei im Ausland in Anspruch genommenen stationären Leistungen praktizieren (vgl. Abschnitt 1.2). Bei Kostenerstattung in Zusammenhang mit Wahlтарифen für besondere Versorgungsformen, die Verträge zwischen Kasse und Leistungserbringer voraussetzen, dürfte es besonders unkompliziert sein, ein finanzielles Vorleistungsprinzip durch die Kasse umzusetzen. Konstituierend für das Kostenerstattungsprinzip bleibt schließlich allein das zwischen Leistungserbringer und Patient verbleibende privatrechtliche Schuldverhältnis, welches begründet, dass der Patient das Risiko einer Honorarforderung oberhalb des Erstattungsbetrags durch den Versicherer (Honorardrift) selber zu tragen hat, und das beim Sachleistungs-verhältnis nicht besteht.

Die Inanspruchnahme ausländischer Gesundheitsleistungen setzt bei fehlenden Vertragsbeziehungen zwischen inländischer Krankenversicherung und ausländischen Leistungserbringern das Kostenerstattungsprinzip voraus. Insofern lässt sich das Kostenerstattungsprinzip auch als notwendige, vor allem technisch-organisatorische Voraussetzung für den internationalen Wettbewerb auf Krankenversicherungsmärkten sowie die Gewährleistung der für die EU konstitutiven Binnenmarktfreiheiten bezeichnen. Für die Bewertung des Kostenerstattungsprinzips als Alternative zum Sachleistungsprinzip innerhalb der GKV ist dieser Zusammenhang jedoch eher von untergeordneter Bedeutung. So hindert die Bedeu-

tung des Kostenerstattungsprinzips bei Leistungsanspruchnahme im Ausland erstens nicht daran, im Inland nach abweichenden Regeln (z. B. nach dem Sachleistungsprinzip) zu verfahren. Zweitens bestehen bereits kassenseitige Ansätze, Vertragsbeziehungen mit ausländischen Leistungserbringern aufzubauen, die ein Prozedere nach dem Sachleistungsprinzip ermöglichen.

Aus Sicht der Kassen und für GKV-Pflichtversicherte dürfte der entscheidende Vorteil einer Nutzung des Kostenerstattungsprinzips im Rahmen eines GKV-Wahlтарifs, jedoch in der bislang in der öffentlichen Diskussion weithin vernachlässigten Möglichkeit liegen, dass Krankenkassen auf diesem Wege eigene Zusatzversicherungstarife konzipieren und anbieten können. Damit befinden sich die Kassen auf dem Gebiet des Zusatzversicherungsgeschäfts nun in direkter Konkurrenz zu den privaten Krankenversicherern.

Literaturverzeichnis

- Augurzky B, Bauer, T, Schaffner S (2006): Copayments in the German Health System – Does it work?, RWI Discussion papers, No. 43, Essen.
- Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hg.) (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2003): Gesundheitsökonomie, 4. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dourgnon P, Grignon M (2000): Le tiers-payant est-il inflationniste? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé. Credes, Paris.
- Felder S, Werblow A (2006): Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltsmodell der Techniker Krankenkasse, in: Klusen N, Meusch A (Hrsg.): Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 11, Baden-Baden: Nomos.
- Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH (2006): Transparenz im Gesundheitswesen. Repräsentative Befragung von GKV-Versicherten. Ergebnisbericht, 17. Mai 2006.
- Herder-Dorneich P (1980): Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart.
- Jacobs K, Reschke P (1993): Kostenerstattung in der GKV. Ergebnisse einer Erprobungsregelung, Arbeit und Sozialpolitik, 47, 7/8, S. 16-19.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2006): Sachleistungs- und/oder Kostenerstattungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein Argumentationspapier, MISSOC (Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR), Berlin.
- Knappe E, Fritz W (1984): Direktbeteiligung im Gesundheitswesen – Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln.
- Manning WG (1987): Health insurance and the demand for medical care, evidence from a randomised Experiment, American Economic Review 77, 3, S. 251-277.
- Maus, J (2005): Kostenerstattung versus Sachleistung: Neues Denken bei der KBV, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 40 vom 07.10.2005, Seite A-2674.
- Newhouse JP (1996): The Insurance Experiment Group. „Free for all“, A RAND study, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), London.
- Nolting HD, Wasem J (2002): Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zur Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbe-fragung 2002, Neuss.
- o.V. (2006): Ärztezeitung vom 3.7.2006.
- Pütz C. (2003): Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung, Nomos.
- Sehlen S. (2004): Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Eine Literatur-Übersicht, in: Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2004): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Winkelhake O, John J (2000): Probleme der Einführung von Wahltarifen, Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehaltstarifen in die Gesetzliche Krankenversicherung, Sozialer Fortschritt, 49, 4, S. 75-84.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) (2003): Modellversuch: Ausgabe einer vertragsärztlichen Leistungs- und Kosteninformation in der KV Rheinhessen. Ergebnisbericht der wissenschaftlichen Begleitung (Evaluation), Köln.

Fußnoten

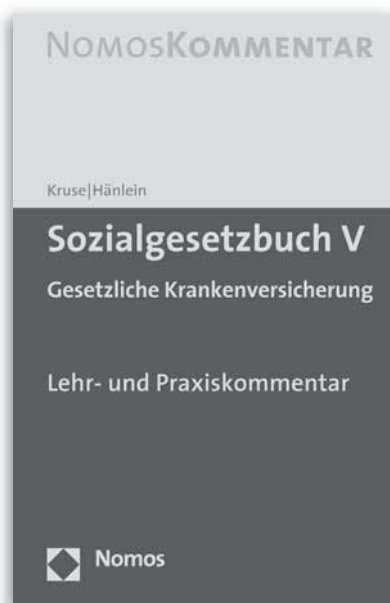
- 1 Den Begriff der Honorardrift prägte Herder-Dorneich (1980).
- 2 Einen guten Überblick bietet Sehlen (2004). Eine der wenigen groß angelegten empirischen Studien, die das Problem der Selbstselektion

ausgeschlossen haben, indem sie den Studienteilnehmern Selbstbeteiligungssätze nach dem Zufallsverfahren zugewiesen haben, war das Experiment der Rand Corporation in den USA (Manning et al. 1987 sowie Newhouse 1996).

- 3 Einen guten Überblick über die unterschiedlichen Formen von Selbstbeteiligung bietet Pütz 2003, S. 62 ff.
- 4 Es wird vermutet, dass gesetzlich Krankenversicherte versuchen, möglichst viele Arztbesuche in einem Quartal zu absolvieren, um die Praxisgebühr für das Folgequartal zu vermeiden.

»Ein hervorragender Kommentar«

Michael Schaaf, www.socialnet.de, zur Voraufgabe



Sozialgesetzbuch V

Gesetzliche Krankenversicherung
Lehr- und Praxiskommentar

Von RA Prof. Dr. Jürgen Kruse, FH Nürnberg
und Prof. Dr. Andreas Hänlein

3. Auflage 2007, ca. 1.100 S., geb., ca. 80,- €, ISBN 978-3-8329-1381-6

Erscheint November 2007

Zum 1. April trat die Gesundheitsreform 2007 in Kraft. Die juristische Praxis muss sich nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf gravierende Änderungen einstellen – nahezu sämtliche Vorschriften des SGB V wurden geändert.

Die 3. Auflage des Lehr- und Praxiskommentars zum SGB V

- stellt zum frühestmöglichen Zeitpunkt alle Inhalte der Reform auf dem Rechtsstand 1.7.2007 übersichtlich dar,
- erläutert ausführlich die neue „Versicherungspflicht für jedermann“,
- geht auf die Änderungen des Leistungskatalogs, der Zuzahlungsregelungen und der Wahlmöglichkeiten der Versicherten ein,
- stellt die Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten dar,
- zeigt die Reform des Verhältnisses zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung auf und
- weist bereits auf die künftigen, erst 2009 in Kraft tretenden Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hin, wie insbesondere die Gründung des Gesundheitsfonds.

Das ideale Werk für Entscheidungsträger und deren Mitarbeiter in Krankenkassen, Verbänden, Gesundheitsbehörden, Krankenhausverwaltungen sowie für Ärzte, Rechtsanwälte, Richter, Ausbilder und Studierende.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 |
www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de



Nomos