

Reformansätze im Test

Kostenerstattung mit „K“ wie „KBV“?

Am Modell der Kostenerstattung zeigt sich die Schnelllebigkeit der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Auffassungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung besonders deutlich. Die Vorgaben und Regelungen dazu sind seit 1993 mit praktisch jeder Gesundheitsreform geändert worden. Meinungen und Vorschläge zur Handhabung bleiben ungebrochen kontrovers. Einen besonderen Beitrag zur Diskussion lieferte im Herbst die – eigentlich gar nicht zuständige – KBV.

Was macht den § 13 SGB V mit seiner schlichten Überschrift „Kostenerstattung“ so interessant, dass auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sich dazu mit einem eigenen Modell positioniert?

– Kostenerstattung in Deutschland –
Das Prinzip „Springprozedur“

Ein kurzer Blick zurück mag helfen, sich zu orientieren. Wechselvoller könnte sie nicht sein, die Geschichte der Kostenerstattung: Ursprünglich gab es für Pflichtversicherte überhaupt keine Option auf Kostenerstattung; es galt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip – und dies ohne Ausnahme. Auch für den Kreis der freiwillig gesetzlich Versicherten war die Zulässigkeit der Kostenerstattung lange Zeit höchst umstritten, bis zum 1. Januar 1993 die entsprechende Wahlmöglichkeit ausschließlich für diesen Versichertenkreis gesetzlich verankert wurde.

Ab dem 1. Juli 1997 öffnete der Gesetzgeber dann erstmalig die Option auf Kostenerstattung für alle Versicherten, um diese Möglichkeit nur anderthalb Jahre später zum 1. Januar 1999 gleich wieder einzukassieren und die Wahlmöglichkeit wiederum auf die freiwillig Versicherten zu beschränken. Zum 1. Januar 2004 wurde dann im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) die Wahlfreiheit erneut auf alle Versicherten ausgedehnt.

Allerdings unterliegt diese allen GKV-Versicherten eingeräumte „Wahlfreiheit“ einigen in der Praxis einschränkenden Bedingungen. Ein Patient, der Kostenerstattung optieren möchte,

► kann die Wahl der Kostenerstattung zwar

auf die ambulante Versorgung beschränken, nicht aber auf Teile des ambulanten Bereiches,

- muss sich von seiner Krankenkasse vor der Entscheidung beraten lassen,
- ist an seine Entscheidung mindestens ein Jahr gebunden.

Erstattet wird höchstens die im Fall der Sachleistung gezahlte Vergütung, allerdings abzüglich der Verwaltungskosten für die Abwicklung der Kostenerstattung und die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie der Zahlungen. Die Praxisgebühr schlägt also auch hier durch. Näheres regeln die Satzungen der Kassen, die diese Rahmenbedingungen (und hier vor allem die Pflichtberatung) häufig nutzen, um mehr oder minder offene Mauern gegen die Wahloption zu bauen.

– Kostenerstattung in der Diskussion –
Kontrapart der Positionen

Die Begründungen des Gesetzgebers, die Wahlfreiheit auch den Pflichtversicherten zu gewähren oder zu verweigern, orientieren sich im wesentlichen an den Polen „Systemfremdheit der Kostenerstattung“ (Argument contra die Wahloption für die Pflichtversicherten) einerseits und „Förderung von Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein“ sowie „Gleichheit von Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten“ (Argument pro Wahloption – auch für die Pflichtversicherten) andererseits.

Wirklich interessant aber ist die Kostenerstattung im wesentlichen für die freiwillig Versicherten, die ein Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze beziehen (für 2006: 3.937,50 EUR brutto pro Monat bei 12

AUTOR



Dr. Harro Herffts

Geschäftsführer der PVS Bremen

✉ h.herffts@pvs-verband.org

Kostenerstattung mit „K“ wie „KBV“?

Gehältern). Diese Versicherten umfänglich zu betreuen und in der Kostenerstattung optimal zu unterstützen, macht für alle Beteiligten durchaus Sinn:

- ▶ Aus Sicht der Krankenkassen, weil diese Versicherten den höchsten Beitragssatz an die solidarische Gemeinschaft zahlen und nicht an die PKV-Systemseite verloren gehen sollen.
- ▶ Für den Versicherten, weil die Bindung an die stille Leistungsrationierung aufgehoben ist, die insbesondere bei den Vorsorgeleistungen unbestreitbar ist.
- ▶ Für den Arzt, weil der betreffende GKV-Patient Privatpatientenstatus erhält, also kein Budget und kein Arzneimittelregress droht und der feste Punktwert Kalkulierbarkeit schafft.

Der Kostenerstattungspatient erhält wie jeder Privatpatient eine transparente und für ihn nachvollziehbare Leistungsabrechnung nach der GOÄ, die er ausgleicht und zur Erstattung seiner Krankenkasse und ggf. bei seiner privaten Zusatzversicherung einreicht, so dass ihm je nach Tarif ein Eigenanteil ab etwa 10 Prozent verbleibt.

So weit so gut: Die Verfahren sind aus der Praxis bekannt und eingespielt. Und je nach grundsätzlicher Position stellt die Kostenerstattung damit durchaus ein praktikables Modell zur Systemreformierung dar: Bei relativer Autonomie von Arzt und Patient scheint es geeignet zu sein, die Restriktionen und Probleme des derzeitigen GKV-Systems zu beheben.

Dies mag der (hauptsächliche) Grund sein,

Kataloges beschränken dürfen, so Dr. Köhler. Die Abrechnungsweise solle grundsätzlich unter Einbeziehung der KVen erfolgen:

- ▶ Der Vertragsarzt solle nicht gegenüber dem Patienten, sondern nach einer (neu zu schaffenden) Vertragsgebührenordnung quartalsweise gegenüber der KV in Euro abrechnen, worüber der Patient eine Quittung erhalte.
- ▶ Die KV solle dem Arzt nach Durchführung von sachlich-rechnerischer Richtigstellung, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung den GKV-Anteil erstatten.
- ▶ Die KV werde für den Arzt gegenüber dem Patienten den Privatanteil fakturieren, betreiben und das Inkassorisiko übernehmen.
- ▶ Der Patient zahle gegenüber der KV und reiche die Abrechnung seiner privaten Zusatzversicherung zur Erstattung ein.

Soweit der Vorschlag des Vorsitzenden der KBV, dessen Gedankenspiel zweifellos innovativ ist. Aber ist es auch gut für Patient und Leistungserbringer?

– Kostenerstattung à la KBV –
In der Summe aufwendig

Zunächst muss festgehalten werden: Die ins Spiel gebrachte und für ein solches Modell unverzichtbare Vertragsgebührenordnung in Euro gibt es (bisher) nicht, auch wenn es glaubwürdige Hinweise gibt, dass ein solches Werk bereits in Angriff genommen wird. Dass dies aber „relativ einfach“ aus dem EBM 2000 plus (weiter-)entwickelt werden könne, wie der KBV-Vorsitzende in Aussicht stellt, darf nach allen Erfahrungen rund um Gebührenordnungen

Der Ärzteschaft wäre jedenfalls ein Bärendienst erwiesen:

Der EBM 2000 plus ist noch nicht mal ein Jahr in Kraft, da wird bereits die nächste Gebührenordnung zum Termin 2007 entwickelt?

warum sich auch die KBV im Vorfeld der anstehenden Strukturreform für das Gesundheitswesen mit einem völlig neuartigen Modellvorschlag zur Kostenerstattung einbringt, den ihr Vorsitzender Dr. Köhler im Herbst des vergangenen Jahres im Deutschen Ärzteblatt zur Diskussion gestellt hat.

– Kostenerstattung verkehrt –
Das Modell der KBV

Und so lautet der Vorschlag der KBV: Der Versicherte solle länger als ein Jahr an die Wahl zur Kostenerstattung gebunden werden, allerdings die Wahl auch auf Teile des GKV-

stark bezweifelt werden.

Wenn die neue Abrechnungsform tatsächlich vom EBM 2000 plus abgeleitet würde, bestünde keine Kompatibilität zur GOÄ, so dass EDV-gestützte Lösungen bei der Konvertierung erfahrungsgemäß nicht weiterhelfen, sondern gebührenordnungs-übergreifendes Abrechnungs-Know-How gefragt ist – und das gehört zu den klassischen Stärken der PVS.

Der Ärzteschaft wäre jedenfalls ein Bärendienst erwiesen: Der EBM 2000 plus ist noch nicht mal ein Jahr in Kraft, da wird bereits die nächste Gebührenordnung zum Termin 2007 entwickelt? Der damit verbundene Verwaltungs-

INFO

Das KBV-Modell zur Kostenerstattung wird vorgestellt im Deutschen Ärzteblatt 102, Ausgabe 40, 7. Oktober 2005, A-2674/B-2260/C-2135.

und Schulungsaufwand aus 2005 dürfte allen Betroffenen noch in den Knochen stecken und betriebswirtschaftlich zum Eigentor werden. Die Planungssicherheit bleibt bei einem solchen 2-jährigen Turnus in jedem Fall auf der Strecke.

Entscheidend sind aber vor allem zwei Aspekte, die einerseits den Patienten, andererseits den Leistungserbringer in eine ungünstige Situation versetzen:

Wie alle Erfahrungen mit der „Patientenquittung“ zeigen, ist ein solches Instrument ungeeignet, den Patienten transparent in die Leistungshonorierung einzubinden, was ja einen nicht ganz ungewollten Effekt der Kostenerstattung ausmacht. Im Grunde genommen bleibt für ihn nach dem angedachten Modell nur, auf den von der KV errechneten „Zuzahlungsbescheid“ zu warten und diesen zu erstatten bzw. bei seiner Zusatzversicherung einzureichen.

Der Vertragsarzt aber hätte einen klaren Liquiditätsnachteil hinzunehmen: Eine z.B. Anfang Januar erbrachte Leistung könnte erst zum Quartalsende abgerechnet werden. Die KV benötigt für die verschiedenen Prüfverfahren regelmäßig deutlich mehr als ein Quartal. Der zusätzlich dort auftretende Bearbeitungsaufwand durch die Patientenrückfragen und -einwände sowie die notwendige Konvertierung der Rechnungen von der neuen und noch zu schaffenden Vertragsgebührenordnung nach GOÄ (so die derzeitige Rechtslage) würde weitere merkliche Verzögerungen mit sich bringen.

Ein weiterer Nachteil des Modells für die Ärzteschaft besteht darin, dass für den monetären Hauptteil der Rechnungen das Inkassoverfahren erst anschließend erfolgen könnte. Im Ergebnis würde der Vertragsarzt also sein Honorar (anders als jetzt) erst viele Monate nach Leistungserbringung erhalten – ganz abgesehen davon, dass er offenbar keine Entscheidung darüber treffen dürfen soll, wen er mit der Abwicklung seiner Privatliquidation beauftragt.

– Kostenerstattung nach KBV –
Fehlende Gesetzeskonformität

Über diese rein praktischen Bedenken gegen das KBV-Modell hinaus existieren aber auch ganz handfeste juristische Bedenken. Zum einen sieht die gesetzliche Grundlage bei der Kostenerstattung derzeit zwingend eine Liquidation nach der GOÄ vor (vgl. § 1 Abs. 1 GOÄ). Für eine Abrechnung nach „Vertragsge-



Vorstandsvorsitzender der KBV, Dr. Andreas Köhler: Der Versicherte solle länger als ein Jahr an die Wahl zur Kostenerstattung gebunden werden, diese allerdings auch auf Teile des GKV-Kataloges beschränken dürfen.

bührenordnung“ ist mangels bundesgesetzlicher Regelung definitiv kein Raum.

Zum anderen gehört die Fakturierung der Privatliquidation und das nachgeschaltete Inkassoverfahren eindeutig nicht zur vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Nur für diese hat die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts einen gesetzlich festgelegten Auftrag – und überdies auch die Kompetenz. Die unklare Position zeigt ebenfalls die Formulierung, die KV solle das Inkassorisiko übernehmen. Ist damit das Verfahren als solches, die Kosten oder gar das Ausfallrisiko gemeint?

Fazit – nicht nur der im Nachgang zur Vorstellung veröffentlichten Leserbrief: Das Modell der KBV ist überwiegend kritisch zu betrachten, denn es beraubt die Kostenerstattung im Grunde genau der Elemente, derentwegen sie sich auszeichnet, das Versorgungssystem aus der Krise zu führen: Der Gestaltungsfreiheit von Arzt und Patient, die einzig geeignet ist, die Eigenverantwortung und damit den sorgsamsten Umgang mit den beschränkten Finanzressourcen zu fördern.

Und genau dies macht den Vorschlag der KBV-Spitze für die gesamte Ärzteschaft so gefährlich. Im Kern bedient er nämlich – wenn auch vielleicht ungewollt – punktgenau die derzeit in der politischen Diskussion befindlichen Überlegungen zur Egalisierung der Systeme von GKV und PKV – mit der absehbaren Folge eines weiteren Downgradings der ärztlichen Einkommenssituation. War das so gewollt, Herr Dr. Köhler?