

Position

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(22)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer

zu den

Änderungsanträgen 2, 3 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

- Drs. 17/3040 -

Berlin, Oktober 2010

Zu den Zielen des GKV-FinG-Regierungsentwurfs

Die Bundesregierung plant mit dem Gesetzentwurf zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) ein Maßnahmenbündel zur kurzfristigen Überbrückung des strukturell bedingten finanziellen Defizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung und den schrittweisen Übergang von einem eher planwirtschaftlichen in ein marktwirtschaftlich geprägtes Gesundheitswesen mit sozialer Ausgewogenheit.

Die Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK), unterstützt die Zielrichtung dieses Vorhabens und konstatiert, dass hierzu im zahnärztlichen Sektor weitergehende grundlegende strukturelle Reformmaßnahmen erforderlich sind, auf deren drängende Umsetzung in der gemeinsamen Stellungnahme von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer zum Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 06.09.2010 hingewiesen wurde. Hierauf wird weiterhin Bezug genommen. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die erneute Verschiebung einer vollständigen Angleichung der zahnärztlichen Ostvergütungen an das Westniveau hingewiesen, die mit Blick auf die seit Jahren erfolgten Angleichung der Lebensverhältnisse und der Kostenstrukturen in den neuen Bundesländern an das Westniveau unverständlich ist.

Zur Kostenerstattung als Wahlleistung der Versicherten in der GKV

Kostenerstattung eröffnet eine verbesserte Teilhabe der gesetzlich Versicherten an neuen medizinischen Behandlungs- und Therapieformen.

Durch die Wahl der Kostenerstattung können sich die Versicherten u. a. für moderne Therapie-Wahloptionen entscheiden, die nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, sie erhalten aber trotzdem den Zuschuss der Krankenkasse in Höhe der GKV-Leistung.

Aufgrund der in jedem Fall gewährleisteten Regelversorgung auf anerkannt hohem Niveau führt die Kostenerstattung nicht zu der befürchteten „Drei-Klassen-Medizin“. Die inzwischen seit fünf Jahren gesammelten Erfahrungen im zahnärztlichen Sektor mit dem befundorientierten Festzuschusssystem sowie der Mehrkostenregelung zeigen nämlich, dass die Versicherten von Wahlleistungen, die über den Regelleistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, rege Gebrauch machen. Das mit der Kostenerstattung unter dem Aspekt der Teilhabe am medizinischen Fortschritt vergleichbare Festzuschusssystem im zahnärztlichen Sektor führt gerade dazu, Unterschiede in der Versorgung gesetzlich und privat Versicherter zu nivellieren. Es bildet damit die wesentliche Grundlage einer modernen präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Kostenerstattung dient der Transparenz und kann somit zu einer effizienten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten führen

Im Gegensatz zum Sachleistungs- oder Naturalprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung werden die Versicherten bei der Wahl der Kostenerstattung unmittelbare Vertragspartner der (Zahn)Ärzte. Anstelle einer Sachleistung gegen Vorlage der Krankenversicherungskarte erfährt der Versicherte spätestens nach Erhalt der Rechnung die von ihm verursachten Kosten. Dies führt einerseits zu mehr Transparenz bei der Leistungsanspruchnahme und -abrechnung sowie andererseits zu einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Beides sind Schlüsselemente einer demografiefesten und finanziell ausgewogenen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Kostenerstattung als Wahlleistung der Versicherten führt nicht zu einer sozialen Überforderung oder finanziellen Benachteiligung der Versicherten

Es wäre im doppelten Sinne verfehlt, die Kostenerstattung mit „Vorkasse“ in Verbindung zu bringen. Schon rein begrifflich bedeutet Vorkasse, dass ohne eine entsprechende „Vor“-Leistung keinerlei Leistungserbringung durch die Gegenseite aufgenommen wird. Hiervon kann im Bereich der Gesundheitsversorgung in Deutschland ohnehin keine Rede sein. Darüber hinaus werden die behandelnden Leistungsträger in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Zahlungsziele (Fristen) einräumen, die es dem Versicherten gestatten, seine Rechnung erst dann zu bezahlen, nachdem sie ihm von der Krankenkasse erstattet wurde.

Die mit dem befundorientierten Festzuschussystem im zahnärztlichen Sektor gesammelten Erfahrungen zeigen, dass die Versicherten nach einer verantwortungsvollen Aufklärung durch den behandelnden Zahnarzt sehr wohl in der Lage sind, sich für die aus ihrer Sicht optimale Therapieform zu entscheiden und ggfs. den hierfür erforderlichen finanziellen Eigenanteil zu bewältigen, ohne dass es zu einer Überforderung kommt.

Zu den geplanten Regelungen in den Änderungsanträgen 2 und 3 zu Artikel 1 Nr. 3a sowie Änderungsantrag 5 zu Artikel 1 Nr. 12a

Nach bisheriger Rechtslage gemäß § 13 in Verbindung mit § 53 SGB V ist die Wahl der Kostenerstattung für gesetzlich Versicherte wenig interessant und zu bürokratisch. So müssen sich die Versicherten bislang für drei Jahre auf eine Kostenerstattung verpflichten und erhalten von der Kasse im Schnitt nur 90 Prozent der Arztkosten zurückerstattet. Zudem war es den gesetzlichen Krankenkassen nicht gestattet, entsprechende von der Privaten Krankenversicherung angebotene Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Daher begrüßt die Bundeszahnärztekammer den geplanten Verzicht auf die schriftliche Dokumentation der Beratung seitens des Leistungsträgers zur Wahl der Kostenerstattung. Auch die geplanten Erleichterungen bei der Ausgestaltung entsprechender Wahltarife durch die Gesetzlichen Krankenkassen sind zu begrüßen. Gleichwohl wäre aus Sicht der Bundeszahnärztekammer ein weitergehender Abbau von Barrieren durch eine verbesserte Wahlfreiheit der Versicherten wie die vollständige Aufgabe einer Bindungsfrist wünschenswert. Auch für den nunmehr auf 5% gedeckelten Verwaltungskostenabschlag durch die Krankenkasse besteht keine nachvollziehbare sachliche Rechtfertigung. Vielmehr wird hiermit eine weitere Hemmschwelle zur Wahl der Kostenerstattung aufrechterhalten. Die geplanten Regelungen in Artikel I Nr. 3a zu § 13 Absatz 2 Satz 9 und 10 SGB V sollten daher ersatzlos entfallen.

Die Bundeszahnärztekammer begrüßt zudem, dass zu den in § 194 Absatz 1a Satz 2 SGB V genannten privaten Zusatzversicherungen, die von den Gesetzlichen Krankenkassen vermittelt werden dürfen, zukünftig auch Ergänzungstarife zur Kostenerstattung zählen sollen.

Grundsätzlich spricht sich die Bundeszahnärztekammer für einen weitergehenden Abbau von Barrieren bei der Kostenerstattung als ein Wahlrecht der Versicherten und ihre stärkere Gewichtung gegenüber dem anonymen Sachleistungssystem aus. Hierbei ist immer auch ein Schutz vor sozialer Überforderung erforderlich. Der mit den Änderungsanträgen beabsichtigte Abbau bürokratischer Hürden bei der Wahl der Kostenerstattung durch die Versicherten sind dennoch ein Schritt in die richtige Richtung im Sinne der mit dem GKV-FinG verfolgten Ziele, denn er kann zu einer Stärkung der Patientensouveränität führen und die Steuerung der Leistungsanspruchnahme verbessern.