

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit den durch das GKV-WSG bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit	1
Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 13 Absatz 2 SGB V	2

Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

Vor dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 1. April 2007 konnten gesetzlich Krankenversicherte anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung lediglich für alle Leistungen wählen oder diese nur auf die ambulante ärztliche Versorgung beschränken. Durch das GKV-WSG wurden die Wahlmöglichkeiten der Versicherten auf die Auswahl verschiedener Leistungsbereiche ausgedehnt, d. h. sie können die Kostenerstattung nunmehr auf die ambulante ärztliche oder zahnärztliche Versorgung beschränken oder sie ausschließlich für veranlasste Leistungen oder Krankenhausbehandlung wählen. Gleichzeitig wurde dem GKV-Spitzenverband mit § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Auftrag erteilt, zwei Jahre nach Inkrafttreten über die Erfahrungen mit der Neuregelung dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Bericht zur Weiterleitung an den Deutschen Bundestag vorzulegen. Dieser Bericht wurde dem BMG mit Schreiben vom 25. März 2009 zugeleitet.

Der Bericht zeigt, dass die gesetzlich Krankenversicherten trotz der erweiterten und flexibilisierten Möglichkeiten zur Wahl von Kostenerstattung nach wie vor das Sachleistungsprinzip eindeutig bevorzugen. Kostenerstattung wird nur von einem äußerst kleinen Teil der rund 70,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherten gewählt. Vor Inkrafttreten des GKV-WSG waren es rund 122 000 Versicherte oder 0,17 Prozent, nach der beschriebenen Flexibilisierung der Regelungen waren es rund 132 000 Personen oder 0,19 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten. Infolge der Gesetzesänderung ist die Anzahl der gesetzlich Krankenversicherten, die Kostenerstattung wählen, im 2. Halbjahr 2008 damit zwar um rund 10 000 Personen oder 8 Prozent angewachsen, bezogen auf die Gesamtzahl der Versicherten ist dies aber nur ein verschwindend geringer Teil. Dabei wurde die Möglichkeit zur Wahl einer Beschränkung der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche von rund 63 Prozent der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, genutzt, rund 37 Prozent haben Kostenerstattung ohne Beschränkung gewählt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse nach Auffassung des BMG, dass Vorschläge und Forderungen zur generellen Einführung der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips – wie sie immer wieder öffentlich vorgetragen werden – auf Seiten der Versicherten auf geringe Akzeptanz stoßen dürften und auch unter dem Gesichtspunkt einer vermeintlich verbesserten Transparenz oder der Förderung von Kosten-Bewusstsein an den Bedürfnissen der Versicherten vorbei gehen.

Berlin, 8. April 2009



Bericht des GKV–Spitzenverbandes¹
über die Erfahrungen
mit den durch das
GKV–WSG
bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Abs. 2 SGB V
(vom 25. März 2009)

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhalt

- 1. Allgemeines**
- 2. Rechtsänderungen durch das GKV-WSG in § 13 Abs. 2 SGB V**
- 3. Auswertung der vorliegenden Kassendaten**
 - 3.1 Grundlagen**
 - 3.2 Bestandsschutzregelungen**
 - 3.3 Statistische Auswertungen**
 - 3.3.1 Kostenerstattung vor dem 1. April 2007**
 - 3.3.2 Kostenerstattung nach dem 31. März 2007**
 - 3.3.2.1 Wahl der Kostenerstattung**
 - 3.3.2.2 Beschränkung der Kostenerstattung**
- 4. Weitere Einschätzungen**
 - 4.1 Typisches Profil von Versicherten, die Kostenerstattung wählen**
 - 4.2 Beratung über die Kostenerstattung**
 - 4.3 Verfahrensfragen und individuelle Auswirkungen**
- 5. Fazit**

1. Allgemeines

Nach § 13 Abs. 2 Satz 13 SGB V legt der GKV-Spitzenverband dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in § 13 Abs. 2 SGB V bewirkten Rechtsänderungen vor. Weitergehende Konkretisierungen zum geforderten Inhalt und Umfang des Berichtes enthält auch die Begründung des Gesetzes nicht.

Vor diesem Hintergrund knüpft dieser Bericht an der ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigten Intention des Gesetzgebers an, die Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu erhöhen, und geht auf Basis der verfügbaren Daten der Krankenkassen den Fragen nach, inwieweit aus

- ggf. festzustellenden Veränderungen in der Wahl der Kostenerstattung und deren individuelle Differenzierung sowie
- in Einzelfällen vorliegenden Erfahrungsberichten

abgeleitet werden kann, ob mit den Rechtsänderungen die gesetzgeberische Intention erreicht wird.

2. Rechtsänderungen durch das GKV-WSG in § 13 Abs. 2 SGB V

Durch das GKV-WSG sollte die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für Versicherte flexibler gestaltet werden. Danach haben die Versicherten ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Die zuvor bestehende Beratungsverpflichtung der Krankenkasse vor der Wahl des Versicherten ist durch eine Informationspflicht des Leistungserbringers ersetzt worden, die den Hinweis zu beinhalten hat, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Diese Information (Beratung) hat der Versicherte dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.

Darüber hinaus wurden die Wahlalternativen erweitert. Bestand zuvor lediglich die Möglichkeit, die Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten Behandlung zu beschränken, so ist seit der Rechtsänderung eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen zulässig.

Die Versicherten sind unverändert an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Sie sind weiterhin auch im Rahmen der Kostenerstattung nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse berechtigt, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Unverändert geblieben ist ferner die Regelung, wonach die Krankenkassen in ihren Satzungen das Verfahren der Kostenerstattung und Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen festzulegen haben.

3. Auswertung der vorliegenden Kassendaten

3.1. Grundlagen

Der Bericht basiert auf den statistischen Angaben sowie Erfahrungsberichten

- des AOK-Bundesverbandes GbR,
- des BKK Bundesverbandes GbR,
- der Innungskrankenkassen,
- des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung,
- der Knappschaft sowie
- des Verbandes der Ersatzkassen e. V.²

Die statistischen Angaben wurden – soweit notwendig³ – auf das Gesamtergebnis für die GKV hochgerechnet. Sie bieten damit eine ausreichende Basis für Trendaussagen im Kontext dieses Erfahrungsberichtes.

² Die Datenmeldungen des vdek e. V. (bis 31.12.2008 VdAK/AEV) umfassen die Daten der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen; in den Abbildungen wird für die Ersatzkassen einheitlich die Bezeichnung „VdAK“ verwandt

³ Die Datenbasis der Erhebungen in den Kassensystemen wird nachfolgend jeweils angegeben.

3.2 Bestandsschutzregelungen

Zu beachten sind die über den 31. Dezember 2003 bzw. 31. März 2007 wirkenden Bestandsschutzregelungen. So konnten freiwillig Versicherte bis zum 31. Dezember 2003 die Wahl der Kostenerstattung auf einzelne Leistungen beschränken, wovon nicht selten Gebrauch gemacht wurde. Zum 1. Januar 2004 sollte diese Möglichkeit zwar entfallen bzw. war eine Beschränkung der Kostenerstattung nur möglich, wenn diese alle ambulanten Leistungen umfasste (siehe Bundestags-Drucksache 15/1525, Seite 80). Demgegenüber hielt es das (seinerzeitige) BMGS aus Vertrauensschutzgründen jedoch für sachgerecht, den betroffenen Versicherten auch weiterhin eine auf den einzelnen Leistungsbereich begrenzte Kostenerstattung zu ermöglichen, dem die Spitzenverbände der Krankenkassen zustimmten (siehe Schreiben des BMGS vom 10. Februar 2004, Anlage 1, sowie Schreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29. März 2004, Anlage 2).

Diese Bestandsschutzregelungen mit sehr individuellen Konstellationen der Wahl der Kostenerstattung bezogen auf einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche wirken in Einzelfällen bis heute fort. Vor diesem Hintergrund ist bei den nachfolgend aufgeführten statistischen Daten zur Wahl der Kostenerstattung respektive deren leistungsbereichsbezogener Begrenzung zu berücksichtigen, dass eine Differenzierung, ob leistungsbereichsbezogene Begrenzungen auf die Rechtsänderungen zum 1. April 2007 oder auf Bestandsschutzregelungen zurückzuführen sind, anhand der vorliegenden statistischen Angaben nicht möglich ist.

3.3 Statistische Auswertungen

3.3.1 Kostenerstattung vor dem 1. April 2007

Der Anteil der Versicherten, die vor der Rechtsänderung zum 1. April 2007 Kostenerstattung gewählt hatten, lag bei rund 0,17 v. H. (rund 122.000 Versicherte). Der Anteil variierte stark zwischen den Kassenarten. Den größten Anteil an Versicherten mit gewählter Kostenerstattung verzeichneten die Ersatzkassen mit 0,37 v. H. (bezogen auf die Versichertenzahl der Ersatzkassen), den niedrigsten Anteil die Knappschaft mit 0,006 v. H. (bezogen auf

die Versichertenzahl der Knappschaft)⁴.

Abbildung 1

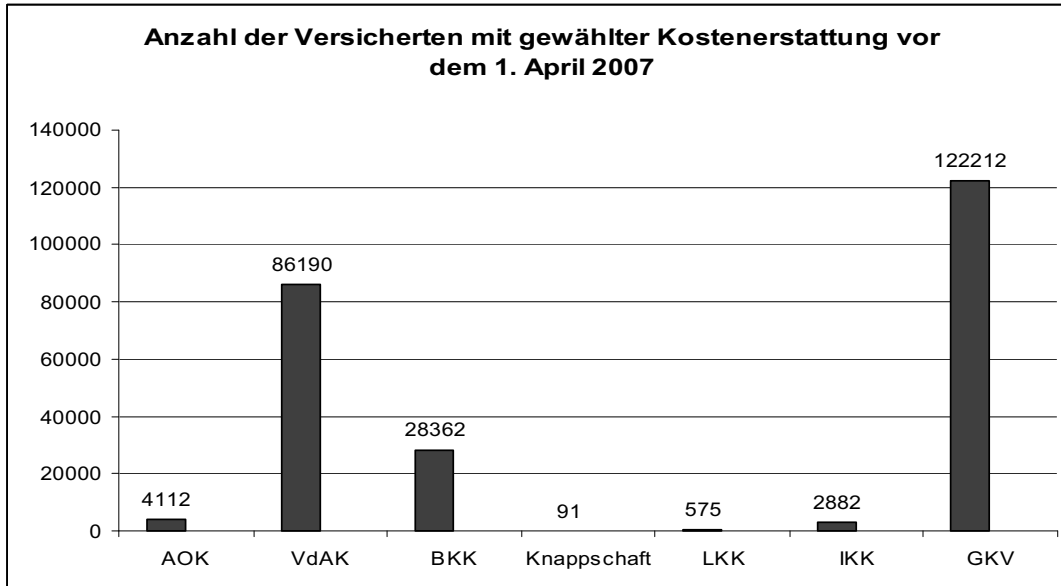
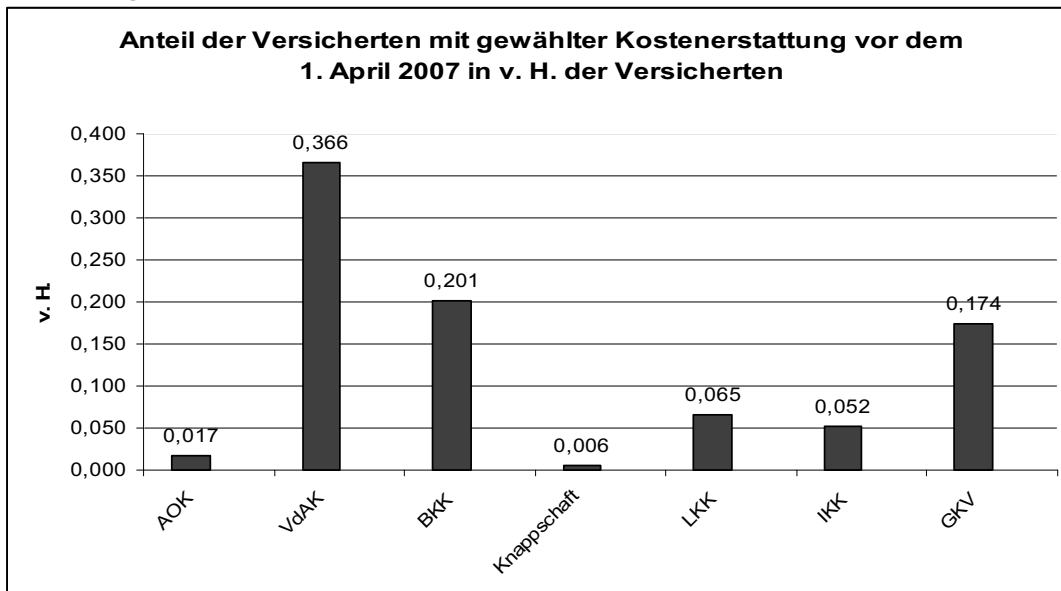


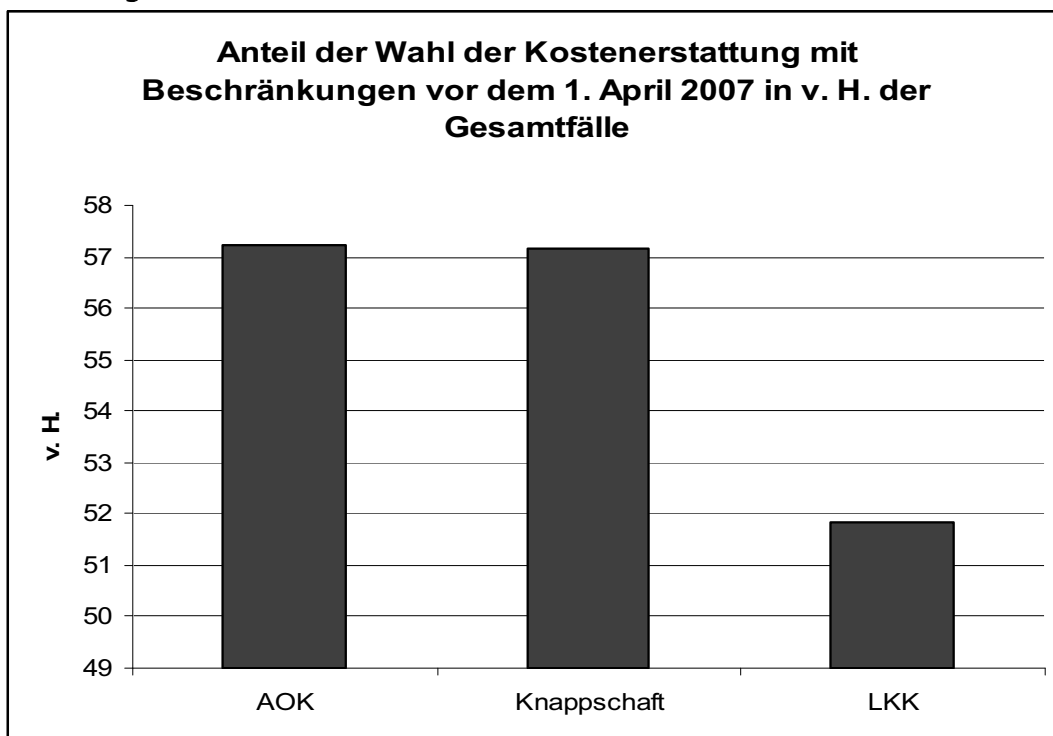
Abbildung 2



⁴ Vollerhebungen zum Stichtag 31.03.2007 erfolgten durch den AOK-Bundesverband GbR, die Knappschaft sowie den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Durch den vdek e. V., den BKK Bundesverband GbR sowie die Innungskrankenkassen erfolgten Hochrechnungen auf Basis von Datenlieferungen seitens Ersatzkassen, die 64,5 v. H., seitens Betriebskrankenkassen, die 53 v. H. sowie seitens Innungskrankenkassen, die 34 v. H. des Versichertenanteils der jeweiligen Kassenart repräsentieren.

Nach der Fassung des § 13 Abs. 2 SGB V vor der Rechtsänderung zum 1. April 2007 bestand die Möglichkeit, die Wahl der Kostenerstattung auf den ambulanten Bereich zu beschränken⁵. Über diesbezügliche Beschränkungen der Wahl der Kostenerstattung liegen nur Angaben von Seiten des AOK-Bundesverbandes GbR, der Knappschaft sowie des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vor. Danach hatten über 50 v. H. der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt hatten, ihre Wahl beschränkt.

Abbildung 3



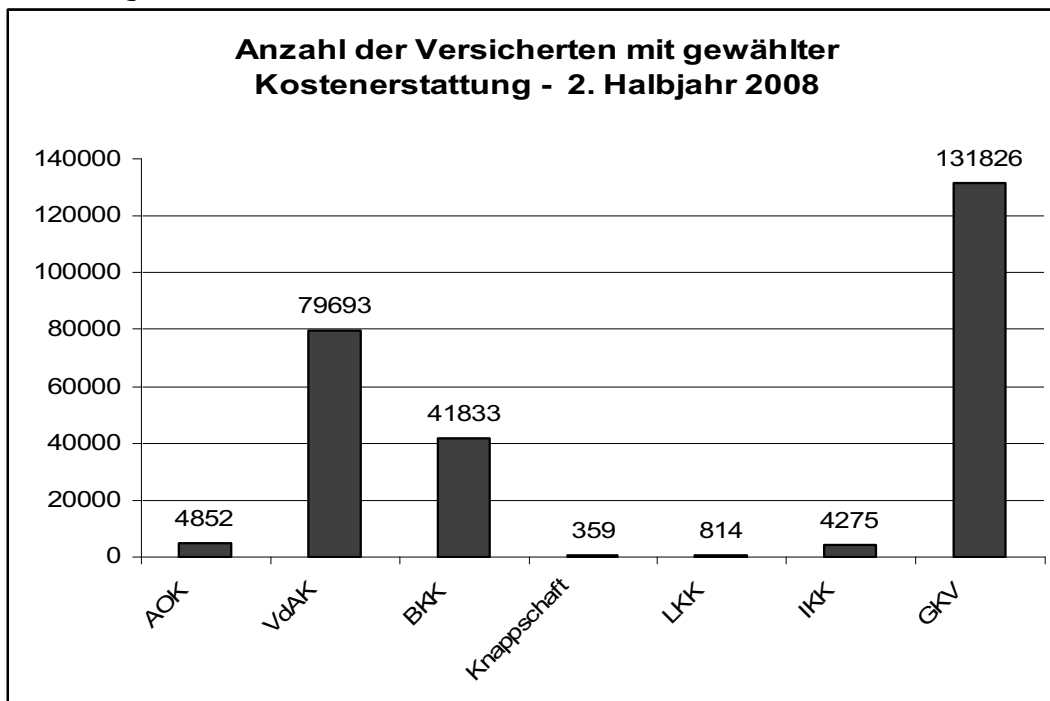
⁵ Zu den Bestandsschutzregelungen siehe Ausführungen unter Nr. 3.2

3.3.2 Kostenerstattung nach dem 31. März 2007

3.3.2.1 Wahl der Kostenerstattung

Seit dem 1. April 2007 ist eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf die Bereiche ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, stationärer Bereich, veranlasste Leistungen (z. B. Heilmittel, Häusliche Krankenpflege) bzw. die Kombination dieser Bereiche möglich⁶. Seit dieser Rechtsänderung ist eine leicht steigende Tendenz in Bezug auf die Wahl der Kostenerstattung erkennbar. Der Anteil der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, lag im 2. Halbjahr 2008 bei rund 0,19 v. H. (ca. 132.000 Versicherte)⁷.

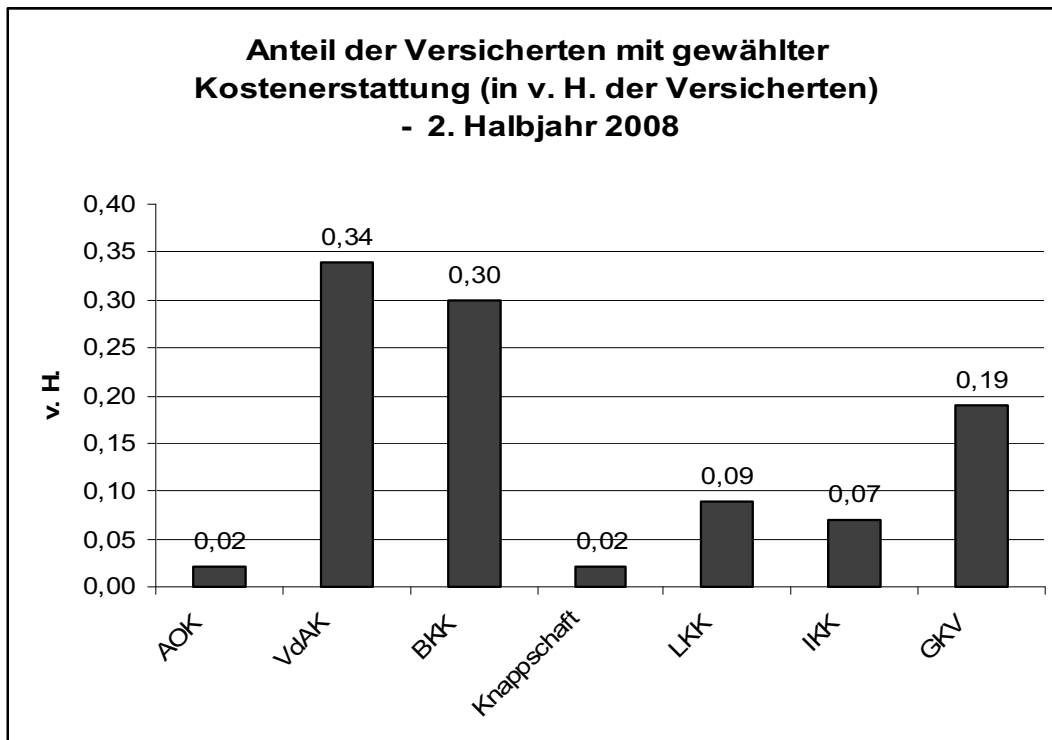
Abbildung 4



⁶ Zu den Bestandsschutzregelungen siehe Ausführungen unter Nr. 3.2

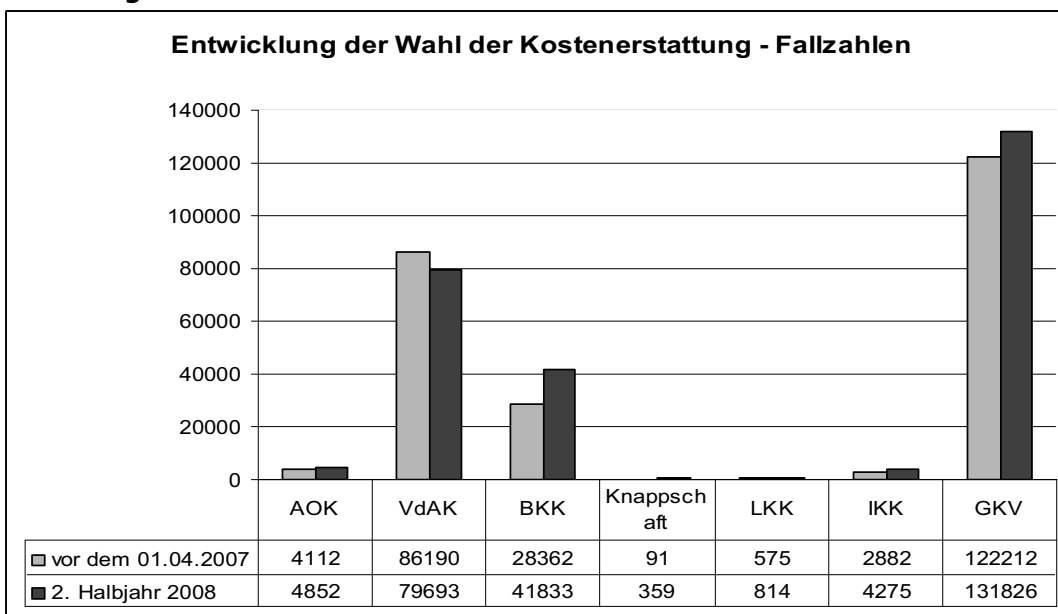
⁷ Die Knappschaft sowie der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung haben eine Vollerhebung zum 31.12.2008 vorgenommen. Aufgrund einer EDV-Umstellung praktizierte der AOK-Bundesverband GbR eine Vollerhebung zum 30.09.2008. Durch den vdek e. V., den BKK Bundesverband GbR sowie die Innungskrankenkassen erfolgten Hochrechnungen auf Basis von Datenlieferungen seitens Ersatzkassen, die 64,5 v. H., seitens Betriebskrankenkassen, die 53 v. H. sowie seitens Innungskrankenkassen, die 34 v. H. des Versichertenanteils der jeweiligen Kassenart repräsentieren.

Abbildung 5



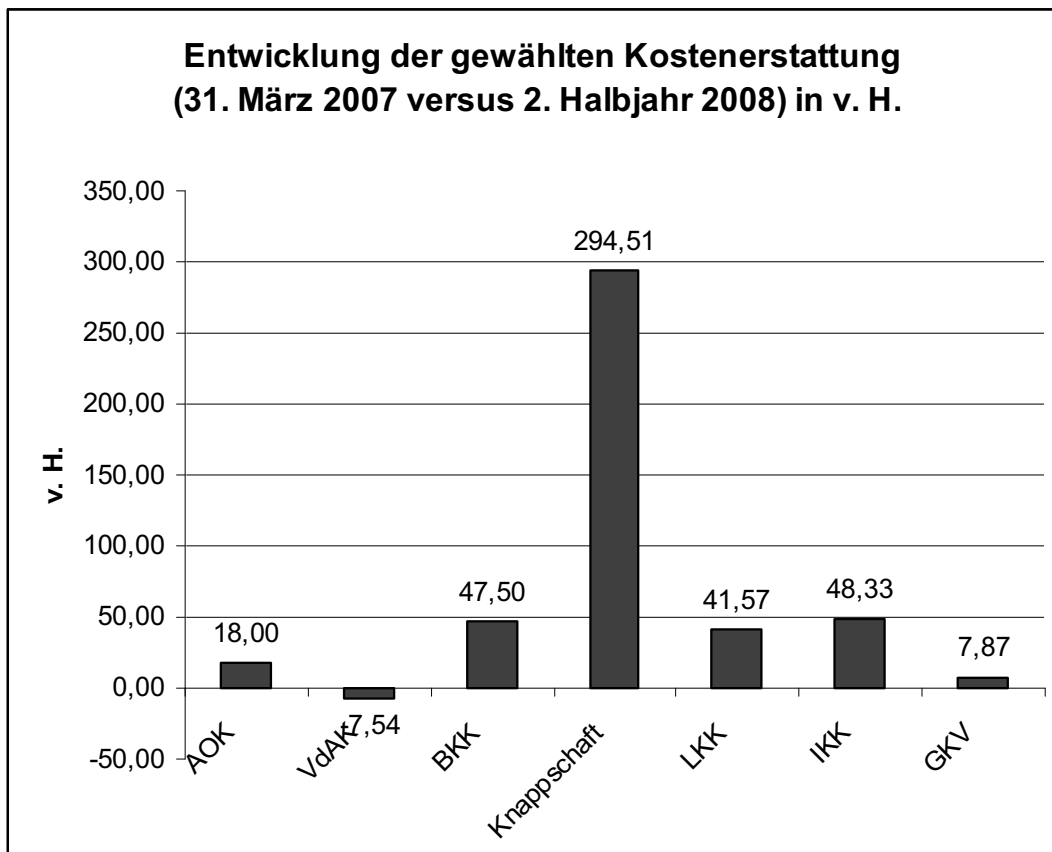
Die Zahl der Versicherten mit gewählter Kostenerstattung ist damit um rund 8 v. H. (ca. 10.000 Versicherte) gegenüber dem Zeitraum vor der Rechtsänderung gestiegen.

Abbildung 6



Bei der nachfolgend dargestellten Entwicklung der Wahl der Kostenerstattung in v. H. ist das äußerst niedrige Grundniveau zu beachten (Beispiel Knappschaft: nur 0,006 v. H. der Versicherten hatten vor dem 1. April 2007 Kostenerstattung gewählt; der Anteil ist auf 0,02 v. H. im 2. Halbjahr 2008 angestiegen, liegt damit jedoch immer noch weit unter dem GKV-Durchschnitt mit 0,19 v. H.).

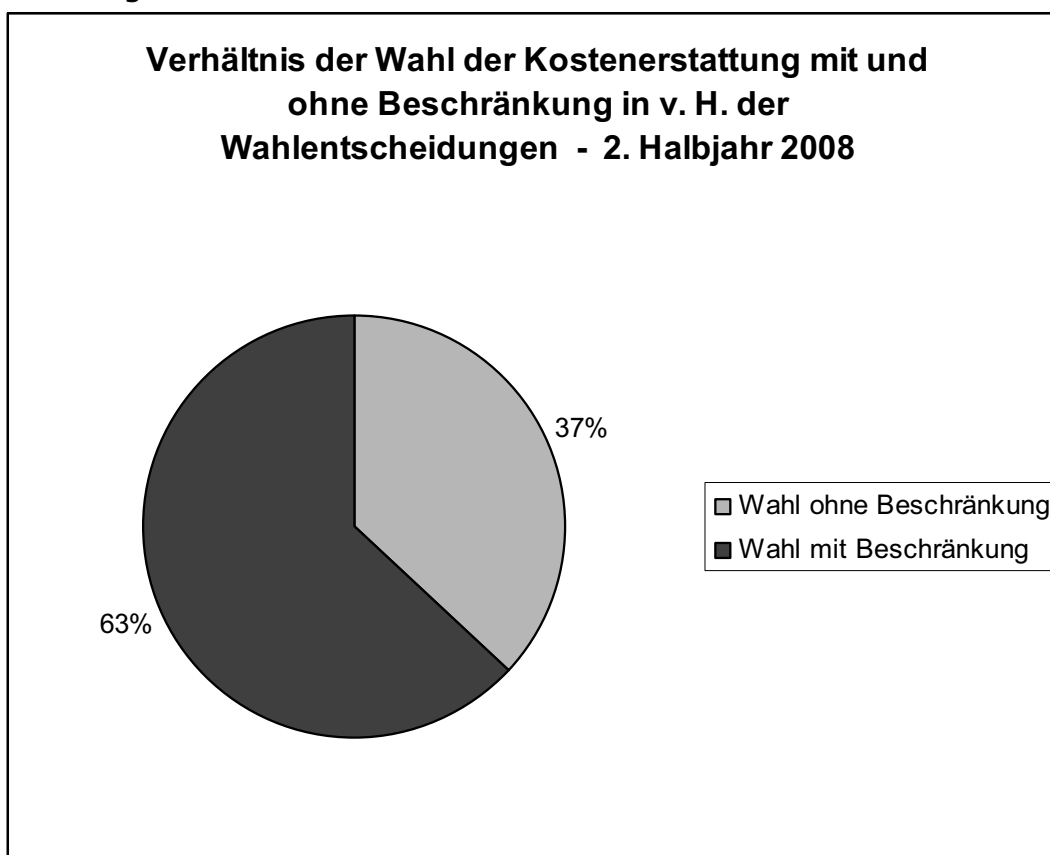
Abbildung 7



3.3.2.2 Beschränkung der Kostenerstattung

Die durch die Rechtsänderungen erweiterten Möglichkeiten, die Inanspruchnahme der Kostenerstattung auf bestimmte Leistungsbereiche zu beschränken, werden von rund 63 v. H. der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, genutzt. Rund 37 v. H. der Versicherten mit gewählter Kostenerstattung hat die Kostenerstattung ohne jegliche Beschränkung gewählt, nimmt also sämtliche Leistungen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung sowie veranlasste Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch⁸.

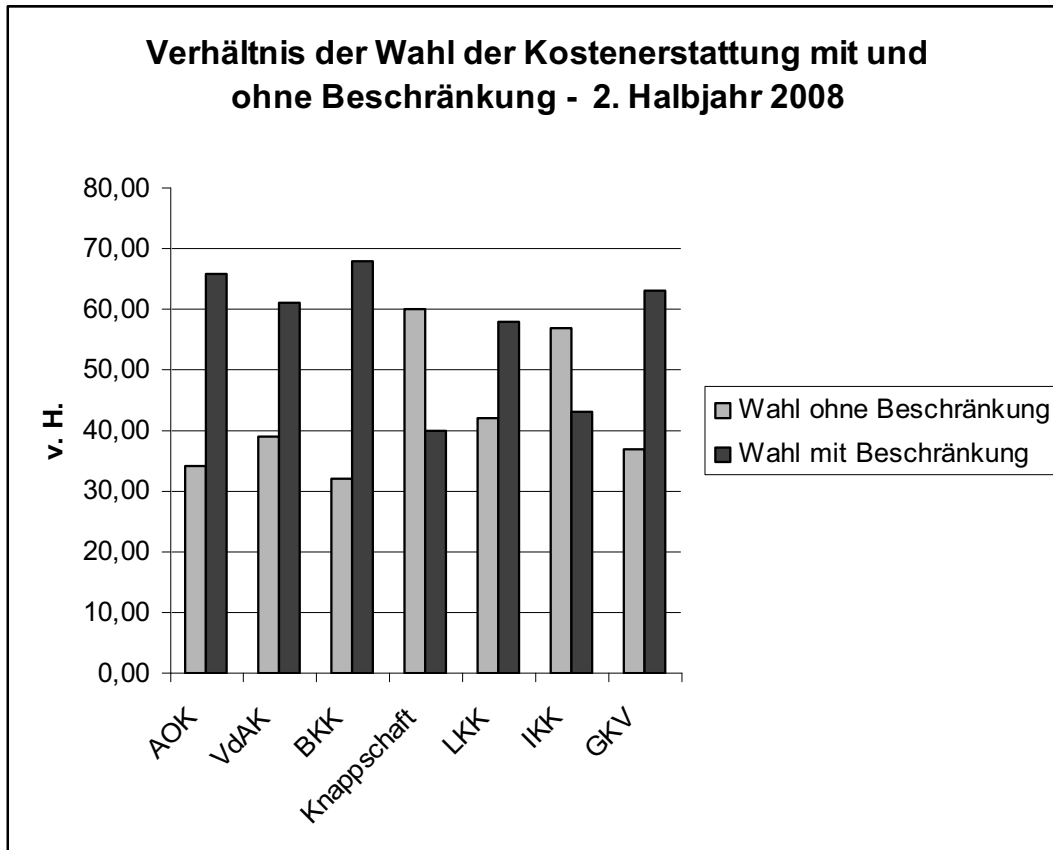
Abbildung 8



⁸ Statistische Grundlage s. Fußnote 7; abweichend davon erfolgte für das IKK-System diese Hochrechnung auf Basis von Datenlieferungen seitens Innungskrankenkassen, die 25 v. H. des Versichertenanteils der Kassenart repräsentieren.

Für die einzelnen Kassenarten stellen sich die Verhältnisse wie folgt dar:

Abbildung 9

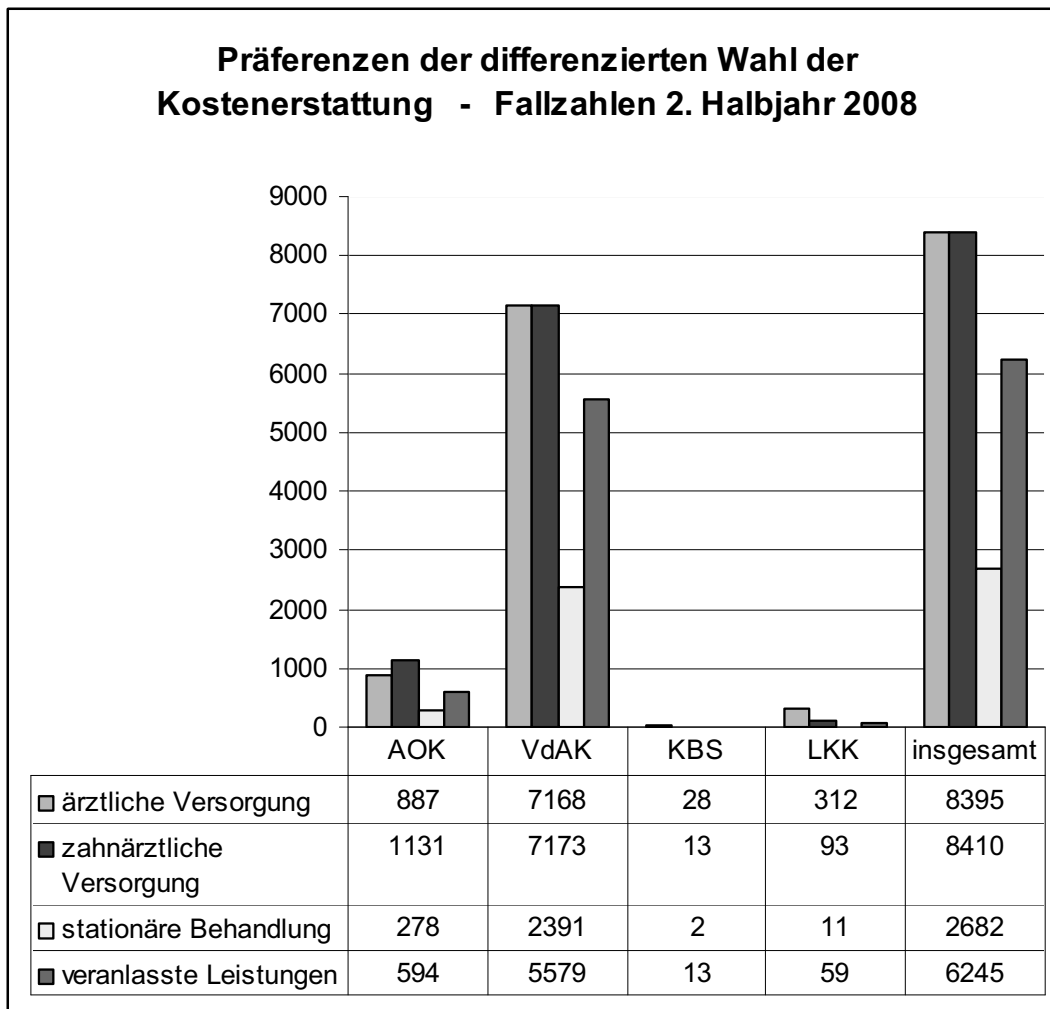


Die vorliegenden Daten lassen für die GKV insgesamt keine exakten Aussagen zu der Verteilung der beschränkten Wahl der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche zu. Entsprechende Daten konnten von Seiten des AOK-Bundesverbandes GbR, der Knappschaft, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie des vdek e. V. zur Verfügung gestellt werden. Daraus können Präferenzen von Versicherten, die eine differenziertere Wahlentscheidung treffen, abgeleitet werden. Im Einzelnen entfallen die Wahlentscheidungen mit

- ca. 66 v. H. auf ärztliche Leistungen bzw. zahnärztliche Leistungen (jeweils etwa 33 v. H. der getroffenen Wahlentscheidungen mit leichtem Vorteil für zahnärztliche Leistungen),

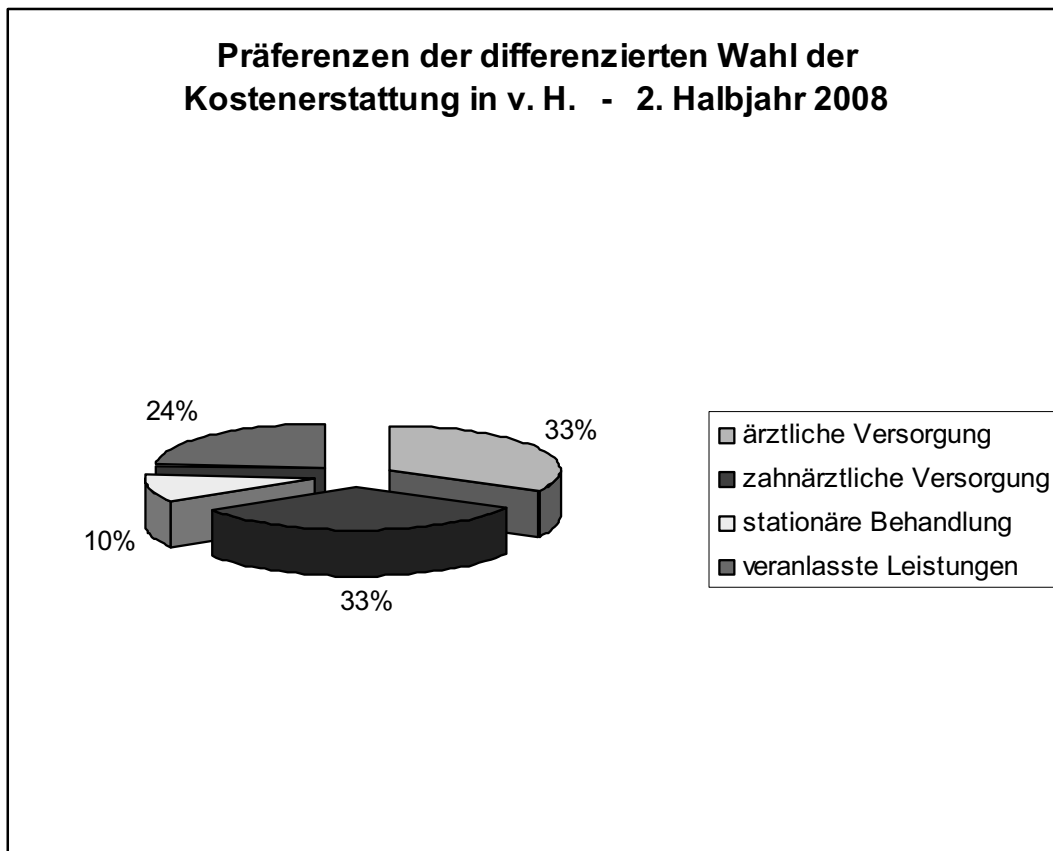
- ca. 24 v. H. auf veranlasste Leistungen und
- ca. 10 v. H. auf die Wahl ausschließlich der Kostenerstattung für stationäre Leistungen⁹.

Abbildung 10



⁹ Vollerhebungen erfolgten durch den AOK-Bundesverband GbR, die Knappschaft sowie den Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung. Durch den vdek e. V. erfolgte eine Hochrechnung auf Basis von Datenlieferungen seitens Ersatzkassen, die 64,5 v. H. des Versichertenanteils der Kassenart repräsentieren. Der BKK Bundesverband GbR und die Innungskrankenkassen konnten keine diesbezüglichen Daten liefern. Die gemeldeten Daten beinhalten Mehrfachnennungen.

Abbildung 11



4. Weitere Einschätzungen

Über die statistischen Angaben hinaus liegen einzelne, nicht repräsentative Erfahrungsberichte einiger Krankenkassen vor, aus denen wir die nachfolgenden weiteren Einschätzungen ableiten:

4.1 Typisches Profil von Versicherten, die Kostenerstattung wählen

Ein typisches Profil von Versicherten, die Kostenerstattung wählen, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht herausbilden. Lediglich in Bezug auf die Verteilung nach Altersgruppen ist in der Tendenz erkennbar, dass in der Gruppe der Versicherten mit Kostenerstattung der Anteil der über 60-jährigen überwiegt. Diese Feststellung deckt sich mit den Ergebnissen der „Untersuchung zur Erprobungsregelung Kostenerstattung nach § 64 SGB V“

aus dem Jahr 1996, die einige Ersatzkassen in Auftrag gegeben hatten¹⁰. In dieser Untersuchung lag das Durchschnittsalter der Teilnehmer bei 55,9 Jahren. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass ältere Versicherte aufgrund des erhöhten Morbiditätsrisikos im Alter ihrer Gesundheitsversorgung eine höhere Präferenz einräumen sowie – zumindest bei wirtschaftlich gut gestellten älteren Versicherten – eine erhöhte Zuzahlungsfähigkeit und –bereitschaft unterstellt werden dürfte.

4.2 Beratung über die Kostenerstattung

Nach § 13 Abs. 2 Satz 3 SGB V haben die Leistungserbringer die Versicherten vor der Inanspruchnahme der Kostenerstattung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Diese durch das GKV-WSG eingeführte Informationspflicht hat die vor der Rechtsänderung bestehende Beratungspflicht der Krankenkassen abgelöst. Nach den Schilderungen einiger Krankenkassen wünschen die Versicherten ungeachtet dessen die Beratung von Seiten der Krankenkassen, insbesondere auch zur Höhe der Kostenerstattung und der damit verbundenen Eigenbelastung.

4.3 Verfahrensfragen und individuelle Auswirkungen

Mit Ausnahme weniger, einzelfallbezogener Hinweise, die keine generellen Schlussfolgerungen zulassen, gibt es auf Seiten der Krankenkassen keine Erkenntnisse hinsichtlich der Fragen, ob im Regelfall von Seiten der Leistungserbringer oder von Seiten der Versicherten erste Impulse zur Wahl der Kostenerstattung ausgehen, welche Zielsetzungen damit verknüpft werden, welche Vorteile ggf. von Seiten der Leistungserbringer angegeben werden und ob diese sich im Nachhinein betrachtet eingestellt haben¹¹. Gleiches gilt für Fragen nach

- den finanziellen Auswirkungen der Kostenerstattung für den einzelnen Versicherten im Kontext seiner wirtschaftlichen Situation,

¹⁰ s. Abschlussbericht des Instituts für Gesundheitssystemforschung der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Gesundheitswesen 61 (1999) 13 – 19

¹¹ s. hierzu allerdings Fußnote 10

- den Auswirkungen der Kostenerstattung auf das Verhältnis zwischen Arzt/Therapeut und Patienten sowie auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
- den ggf. weiteren Erwartungen der Versicherten an Kostenerstattungsregelungen oder
- den Möglichkeiten eines weiteren Ausbaus der Wahlrechte sowie dessen Anreiz- und Folgewirkungen für die Kostenerstattung.

Diese Fragen ließen sich nur im Rahmen weitergehender – über den gesetzlich geforderten Erfahrungsbericht hinausgehender – Untersuchungen mit detaillierten Datenerhebungen bei Versicherten und Leistungserbringern klären.

5. Fazit

Seit der Rechtsänderung zum 01.04.2007 ist GKV-weit ein leichter Anstieg der Zahl der Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, erkennbar. Ob dies auf die flexiblere Ausgestaltung der Kostenerstattung, eine stärkere Einflussnahme durch die Leistungserbringer oder andere Aspekte der Versorgung zurückzuführen ist, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend klären. Gleichwohl ist festzustellen, dass die Möglichkeit, die Kostenerstattung nur auf einzelne Leistungsbereiche zu beschränken, von den Versicherten genutzt wird¹². In rund 2/3 der Fälle wird die Kostenerstattung auf mindestens einen Leistungsbereich begrenzt. Diese Wahlentscheidungen dürfen als Indiz dafür gewertet werden, dass die Kostenerstattungsregelung nach der Gesetzesänderung den Interessen der Versicherten in größerem Maße gerecht wird.

Dennoch haben die Rechtsänderungen der Kostenerstattung nicht zu einem neuen Schub verholfen. Auch nach deren Flexibilisierung bleibt die Wahl dieser Leistungsform auf sehr niedrigem Niveau. Lediglich rund 0,2 v. H. der Versicherten geben ihr – zudem weitgehend beschränkt auf einzelne Leistungsbereiche – den Vorzug vor dem Sachleistungssystem.

¹² Siehe hierzu aber Ausführungen unter Nr. 3.2 zu Bestandsschutzregelungen

Anlage 1: Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale
Sicherung vom 10. Februar 2004

Anlage 2: Schreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29. März
2004

Anlage 1



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
Bundesvorsitzender
Herr Dr. Wilfried Beckmann
Susannenstraße 7a
33335 Gütersloh

Dr. Klaus Theo Schröder
Staatssekretär

HAUSANSCHRIFT Am Propsthof 78a, 53121 Bonn
POSTANSCHRIFT 53108 Bonn

TEL +49 (0)1888 441-1030
FAX +49 (0)1888 441-4903
E-MAIL poststelle@bmgs.bund.de

Bonn, 10. Februar 2004

Sehr geehrter Herr Dr. Beckmann,

für Ihre Mail vom 19. Januar 2004 zu Änderungen der Kostenerstattungsregelung in § 13 Abs. 2 SGB V danke ich Ihnen.

Es ist zutreffend, dass verschiedene Krankenkassen in der Vergangenheit in ihren Satzungen für freiwillig Versicherte die Möglichkeit vorgesehen hatten, Kostenerstattung auch begrenzt auf die zahnärztliche Behandlung zu wählen und einige Versicherte, die von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch gemacht hatten, im Vertrauen hierauf eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Auch nach Auffassung des BMGS darf das Vertrauen dieser Versicherten in den Versicherungsschutz und die zugrundeliegende Gestaltungsmöglichkeit nicht grundsätzlich erschüttert werden. Deshalb hält es das BMGS für sachgemäß, diesem Personenkreis auch weiterhin eine auf den einzelnen Leistungsbereich begrenzte Kostenerstattung zu ermöglichen. Das Bundesversicherungsamt wurde entsprechend informiert.

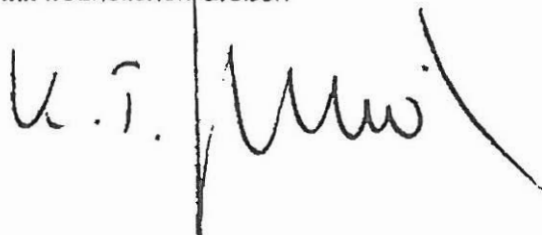
Für neue Fälle hat der Gesetzgeber entschieden, dem Versicherten lediglich die Möglichkeit einzuräumen, seine Wahl der Kostenerstattung auf sämtliche ambulante Leistungen zu beschränken. Dies war das gemeinsame Ergebnis der Konsensrunde. Eine Änderung dieser Regelung kann ich daher nicht in Aussicht stellen.

Zur Frage der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer hat das BMGS in einem mit den GKV-Spitzenverbänden, der KBV, der KZBV, der DKG und dem Gemeinsamen Bundesausschuss am 19. Dezember 2003 geführten

Seite 2 von 2

Gespräch den politischen Willen verdeutlicht, dass in besonderen Ausnahmefällen auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden können. Der Rechtsauffassung der Spitzenverbände und der KBV, dass nur solche Versicherte diese Ausnahmegestimmungen geltend machen können, die zuvor Kostenerstattung gewählt haben, wurde ausdrücklich widersprochen. Die Spitzenverbände haben eine flexible Handhabung der Vorschrift zugesagt. Zumindest könne ein entsprechendes Begehren als Wunsch gedeutet werden, künftig über die Kostenerstattung abzurechnen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'K. I. Müller', written over a vertical line.

Anlage 2

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e. V.

AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e. V.

Vorsitzende
des Vorstandes

VdAK / AEV • 53719 Siegburg

Herrn Staatssekretär
Dr. Klaus Theo Schröder
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherheit
Am Propsthof 78a

53121 Bonn

Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248
Internet: www.vdak-aev.de

214/014/Gu/BL

29. März 2004

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Sehr geehrter Herr Dr. Schröder,

die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Kenntnis Ihres an den Freien Verband Deutscher Zahnärzte e.V. gerichteten Schreibens vom 10.02.2004 erhalten, in dem Sie

- sich dafür aussprechen, Versicherten, die in der Vergangenheit von der satzungsgemäßen Wahlmöglichkeit einer leistungsartenbezogenen Begrenzung der Kostenerstattung Gebrauch gemacht und eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben, einen diesbezüglichen Vertrauensschutz einzuräumen,
- von einer zugesagten flexiblen Handhabung der Krankenkassen bzgl. der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringern berichten.

Zugleich im Namen

des AOK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen,
des IKK-Bundesverbandes,
der Bundesknappschaft,
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
der See-Krankenkasse

nehmen wir hierzu wie folgt Stellung.

Versicherte haben in der Vergangenheit teilweise deshalb eine auf einzelne Leistungsarten beschränkte Anwendung des Kostenerstattungsprinzips gewählt, weil sie hinsichtlich der Restkosten anderweitig abgesichert waren. Zu nennen sind insoweit insbesondere Zusatzversicherungen und Beihilfeansprüche. Es ist nicht zu verkennen, dass das Vertrauen gerade der Besitzer von Zusatzversicherungen durch den vom Gesetzgeber ausdrücklich (s. Bundestags-Drucksache 15/1525, Seite 80) verfügten Wegfall der auf be-

stimmte ambulante Leistungen beschränkter Kostenerstattungswahl erschüttert wurde. Wir stimmen Ihnen deshalb zu, dass dem betroffenen Personenkreis im Rahmen einer Besitzstands- bzw. Vertrauensschutzregelung das Recht eingeräumt werden sollte, die bis 31.12.2003 satzungsgemäß ausgeübten leistungsartenbezogenen Wahlentscheidungen für das Kostenerstattungsverfahren fortzuführen. Ausdrücklich hinzuweisen ist hierbei darauf, dass dies zwecks Vermeidung von Ungleichbehandlungen nicht nur für den von Ihnen angesprochenen Personenkreis der Versicherten gelten kann, die (nur) die Kostenerstattung für die zahnärztliche Behandlung wählten und eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Vielmehr sollte der Vertrauensschutz generell Berücksichtigung finden, wenn nach bisherigem Recht für einzelne konkrete Leistungsbereiche oder für einzelne Behandlungsfälle – z.B. kieferorthopädische Behandlung eines Kindes – die Inanspruchnahme der Leistung im Rahmen der Kostenerstattung gewählt wurde.

Angesichts des im Artikel 20 Abs. 3 des Grundgesetzes normierten Grundsatzes der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung bedarf eine solche Praxis allerdings einer gesetzlichen Grundlage. Wir schlagen deshalb vor, Artikel 24 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes entsprechend zu ergänzen, der schon einmal bei einer vergleichbaren Problematik rückwirkend einen Vertrauensschutz der Versicherten auf eine rechtliche Grundlage stellte.

Im Interesse der Versicherten aber auch der Krankenkassen bitten wir Sie um eine kurzfristige Bestätigung, dass auf ausdrücklichen Wunsch von Versicherten eine zeitlich unbefristete Fortführung der bis zum 31.12.2003 gewählten Kostenerstattung für einzelne Leistungsbereiche bzw. Leistungen möglich ist und seitens Ihres Hauses bei nächster sich bietender Gelegenheit eine entsprechende gesetzliche Grundlage geschaffen wird. Bis dahin beabsichtigen die Spitzenverbände der Krankenkassen, ihren Mitgliedskassen vorab die Anwendung der Vertrauensschutzregelung zu empfehlen. Sie sehen hierbei aber die Notwendigkeit, die Versicherten gleichzeitig darauf aufmerksam zu machen, dass bei einer wegen nicht realisierter gesetzlicher Sanktionierung notwendig werdenden Ausweitung einer privat abgesicherten Kostenerstattung höhere Tarife – u.a. auf Grund des Lebensalters, von Risikoveränderungen oder nach Ablauf von evtl. nur vorübergehend eingeräumten Sonderkonditionen – nicht auszuschließen sind.

Soweit Sie sich dafür aussprechen, dass die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer unabhängig von der Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V möglich sein soll bzw. von einer diesbezüglichen am 19.12.2003 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen zugesagten flexiblen Handhabung berichten, können wir diesem nicht folgen. Eine entsprechende Zusage wurde am 19.12.2003 von den an der Besprechung beteiligten Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht gegeben, zumal zu der kontrovers diskutierten Frage ein Konsens nicht erreicht werden konnte. Vielmehr ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Plazierung der Regelung (mitten) im § 13 Abs. 2 SGB V auch nach nochmaliger Prüfung keinen Raum für die von Ihrem Hause vertretene Auffassung zulässt, zumal dies systemverändernde Tendenzen mit entsprechenden Auswirkungen auf den Umfang und die Qualität der Versorgung im Sachleistungsbereich fördern würde, wie die aktuellen "Ausstiegsaktivitäten" der Kieferorthopäden eindrucksvoll belegen. Zudem ist bzgl. der finanziellen Wirkungen zu berücksichtigen, dass nach ausdrücklicher gesetzlicher Regelung Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer nicht auf die Gesamtvergütungen angerechnet werden dürfen (vgl. § 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V).

Da es sich bei dem vorliegenden Sachverhalt um Informationen handelt, die die Beratungs- und Leistungspraxis der Krankenkassen in erheblichem Maße berühren, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn bei ähnlich gelagerten Fällen frühzeitig eine Kontaktaufnahme mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen erfolgen würde, damit vorab eine Klärung herbeigeführt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer

