

Mehr Kostenerstattung in der GKV?

Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit

von Klaus Jacobs¹, Caroline Kip² und Sabine Schulze³

ABSTRACT

Wie sind die aktuell zunehmenden gesundheitspolitischen Forderungen nach mehr Kostenerstattung in der GKV zu bewerten? Zur Beantwortung der Frage bedienen sich die Autoren der Principal-Agent-Theorie, die sich mit Problemen von Informationsasymmetrien zwischen Patient und Arzt befasst, und der Moral-Hazard-Theorie, um die Verbindung zwischen Kostenerstattung und Selbstbeteiligung sowie deren Folgen für Versicherte und Patienten aufzuzeigen. Anschließend richtet sich der Blick auf die praktischen Erfahrungen mit Kostenerstattung in der PKV. Dort ist Kostenerstattung kein Erfolgsmodell. Die PKV fordert inzwischen sogar selbst – wie zuvor schon zwei Kommissionen von Bundestag und Bundesregierung – direkte Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern anstelle des reinen Kostenerstattungsprinzips. Dies bedeutet eine klare Annäherung an das Sachleistungsprinzip, wie es für die GKV kennzeichnend ist. Anstatt die Kostenerstattung dort auszuweiten, sollten vielmehr die Vertragsbeziehungen – speziell auf dem Leistungsmarkt – konsequent wettbewerbslich weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter: Kostenerstattung, Sachleistungsprinzip, Principal-Agent-Theorie, Moral-Hazard-Theorie, Selbstbeteiligung, Vertragswettbewerb

How should the increasing demands of health politics for more reimbursement of treatment costs in SHI be assessed? To answer this question, the authors use the principal agent theory which deals with problems of asymmetric information between patient and physician, and the moral hazard theory, to connect reimbursement of treatment costs with co-payments and the resulting consequences for the insureds. Subsequently, the article focuses on the practical experiences with reimbursement in the private health insurance system. Apparently, reimbursement of treatment costs is by no means a success story. That is why, meanwhile, even private health insurance, as well as previously two commissions of parliament and the federal government, now demands that contractual relations between health insurers and providers to replace the classical reimbursement principle. This is an obvious approach towards the benefit-in-kind principle that is typical for SHI. Instead of expanding the reimbursement system in SHI, health politics should rather strengthen and enhance the options for contractual relations in a competitive setting.

Keywords: reimbursement, benefit-in-kind principle, principal agent theory, moral hazard theory, co-payment, managed competition

1 Hochkonjunktur für mehr Kostenerstattung in der GKV

Schon in ihrem Koalitionsvertrag von Ende Oktober 2009 hatte die schwarz-gelbe Bundesregierung angekündigt, die Möglichkeiten zu Kostenerstattung in der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) ausweiten zu wollen. Begründet wurde dieses Ziel mit der Erhöhung von Transparenz: „Wir wollen die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen“ (CDU/CSU/FDP 2009, 88).

¹Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182
Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

²Dipl.-Volkswirtin Caroline Kip, ebd. · Telefon: 030 34646-2148 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: caroline.kip@wido.bv.aok.de

³Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze, ebd. · Telefon: 030 34646-2126 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: sabine.schulze@wido.bv.aok.de

Ende August 2010 wurde diese Ankündigung noch einmal ausdrücklich bekräftigt – dieses Mal in einer gemeinsamen Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesärztekammer anlässlich einer gemeinsamen Sitzung von Gesundheitsminister Philipp Rösler und Bundesärztekammer-Präsident Jörg Hoppe mit dem Vorstand der Bundesärztekammer: „Zu den von Bundesgesundheitsminister Rösler im Laufe der Legislaturperiode außerdem geplanten strukturellen Reformen zählt auch die Ausweitung von Möglichkeiten der Kostenerstattung.“ Dies entspreche wiederholten Forderungen Deutscher Ärztetage nach einer stärkeren Erprobung sozialverträglicher Kostenerstattungs- und Selbstbehalt-Wahltarife im GKV-Bereich, so der Bundesärztekammer-Vorstand. Kostenerstattung ermögliche mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen, fördere das Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten und sei wichtige Voraussetzung für eine gezieltere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (*BMG und BÄK 2010*).

In dieser Pressemitteilung ist nicht mehr allein von „mehr Transparenz“ die Rede, sondern auch von „mehr Kostenbewusstsein“ sowie einer „gezielteren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“. Was damit gemeint sein dürfte, verdeutlichen Interview-Äußerungen von Andreas Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Auf die Aussage, dass die Patienten nirgendwo so häufig zum Arzt gingen wie in Deutschland, führte dieser aus: „Der Versicherte nimmt das System gerne in Anspruch. Das ist auch gut so. Aber es führt natürlich dazu, dass der Arzt immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten hat. Wir müssen die Patienten deshalb mehr in die Eigenverantwortung bringen.“ Auf die Nachfrage nach seinem Vorschlag ergänzte Köhler: „Eine Eigenbeteiligung von 10 bis 20 Prozent der Behandlungskosten. Natürlich brauchen wir dafür eine Obergrenze in Abhängigkeit des Einkommens. So kann die Zahl der Arztbesuche reduziert werden. Gleichzeitig muss das System auf Kostenerstattung umgestellt werden. Das heißt, der Versicherte bezahlt die Behandlung vor Ort und holt sich das Geld von der Krankenkasse wieder. Dann fließt das Geld dahin, wo es benötigt wird. Das vereinfacht auch das Honorarsystem“ (Interview in der Frankfurter Rundschau vom 04.09.2010).

Während die Bundesregierung – noch? – lediglich von einer Ausweitung von Kostenerstattung spricht (explizit dazu Philipp Rösler: „Damit ein Patient künftig weiß, was seine Behandlung kostet, kann er eine Abrechnung bekommen. Wohlgermerkt freiwillig. Es geht nicht um die Abschaffung des Sachleistungsprinzips“ [Interview in der Hannoverschen Allgemeinen Zeitung vom 19.07.2010]), ist bei Andreas Köhler bereits von einer (vollständigen) Umstellung des Systems in Richtung Kostenerstattung die Rede. Aber auch diese Position ist Politikern der Bundesregierung nicht fremd. So stellte etwa Daniel Bahr, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, noch vor gar nicht allzu langer Zeit fest, dass

„es für Versicherte, Leistungserbringer, Krankenkassen und das Gesundheitssystem insgesamt von großem Vorteil (wäre), wenn die Kostenerstattung als Regelfall eingeführt werden würde“ (*Bahr 2008, 126 f.*).

Bemerkenswert ist aber noch ein weiterer Unterschied: Während im Koalitionsvertrag explizit davon die Rede ist, dass den Versicherten keine zusätzlichen Kosten entstehen sollen, fordert KBV-Chef Köhler eine prozentuale Eigenbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten, um die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren. Die erwünschte Steuerungswirkung in Bezug auf die Verminderung einer unnötigen Leistungsanspruchnahme verspricht sich der oberste Vertragsarzt also offenbar nicht allein durch mehr Transparenz und Kostenbewusstsein, sondern durch die direkte Kostenbeteiligung der Patienten. Auch diese Einschätzung wird von Politikern der Regierungskoalition grundsätzlich geteilt, wenngleich entsprechende Äußerungen zurzeit offenkundig eher vermieden werden und man bei der Belegsuche in die Zeit vor Bildung der schwarz-gelben Bundesregierung zurückgehen muss. Dann aber wird man leicht fündig – etwa bei Rolf Koschorrek, Mitglied des Bundestages für die CDU: „Den gewünschten Steuerungseffekt auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Kostenerstattung nur in Kombination mit einer prozentualen, sozial abgefedernten Eigenbeteiligung bringen“ (*Koschorrek 2008, 141*). Oder nochmal Daniel Bahr: „Die Kostenerstattung wird nur dann eine optimale Wirkung entfalten, wenn diese mit sozialverträglichen Selbstbeteiligungsregelungen verbunden wird. In dieser Kombination erwächst ein Anreizsystem, das beim Versicherten auf eine wirtschaftliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hinausläuft“ (*Bahr 2008, 124*).

Dies alles ist Grund genug, nachfolgend den Argumentationszusammenhang näher zu betrachten, der sich mit den Begriffen Kostenerstattung, Kostenkenntnis/Transparenz, Kostenbeteiligung und kostenbewusste Leistungsanspruchnahme verbindet.

2 Theoretische und praktische Erkenntnisse zu Kostenerstattung

Weil mit dem Begriff Kostenerstattung ganz offensichtlich eine Reihe ganz unterschiedlicher Ziele und Wirkungen verbunden werden, erscheint es zunächst zweckmäßig, einen kurzen Blick auf einige gesundheitsökonomische Basiserkenntnisse zu werfen.

2.1 Erkenntnisse aus der Principal-Agent-Theorie

Warum das Kostenerstattungsprinzip auch als „duales Vertragsprinzip“ bezeichnet wird, macht Abbildung 1 deutlich.

Es basiert auf zwei Vertragsbeziehungen: zum einen zwischen den Versicherten und ihren Krankenversicherungen und zum anderen zwischen den Versicherten als Patienten und den Leistungserbringern im Fall der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Befürworter des Kostenerstattungsprinzips verweisen meist darauf, dass die direkten Beziehungen zwischen Patient und Leistungserbringer dem Leitbild des mündigen Patienten entsprechen. Allerdings gilt es in der Gesundheitsökonomie als unstrittig, dass im Hinblick auf eine umfassende Patientensouveränität gravierende Einschränkungen bestehen (z.B. *Breyer et al. 2005; Rice 2004*). Denn es gibt in aller Regel eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen den beiden Vertragspartnern Arzt und Patient. Demzufolge ist der Patient – der ja meist selbst kein Mediziner ist – bei einem Großteil der Behandlungsanlässe schlichtweg überfordert, sowohl die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit als auch die Qualität von Versorgungsleistungen hinreichend beurteilen zu können. Er geht ja in der Regel nicht zum Arzt, um eine bestimmte, von ihm vorab klar definierte Dienstleistung nachzufragen – wie etwa einen Haarschnitt beim Friseur –, sondern er wendet sich mit einem Problem an den Arzt, das es zunächst mit dessen medizinischem Expertenwissen möglichst genau zu identifizieren (Diagnose) und im Bedarfsfall möglichst gezielt zu behandeln gilt (Therapie). Insoweit nimmt der Arzt in dieser Konstellation als besser informierter Auftragnehmer eine

klassische Agentenfunktion im Interesse des Principals, also des Auftraggebers Patient ein. Damit steht der Patient dem Arzt aber nicht mehr als ebenbürtiger Vertragspartner („auf gleicher Augenhöhe“) gegenüber. Hinzu kommt, dass ein Patient im Zustand akuter Gesundheitsbeeinträchtigungen in seiner Fähigkeit zu einer rationalen Entscheidung erheblich eingeschränkt sein kann, selbst wenn er umfassende Kenntnis über sein gesundheitliches Problem und dessen Behandlungsmöglichkeiten hätte.

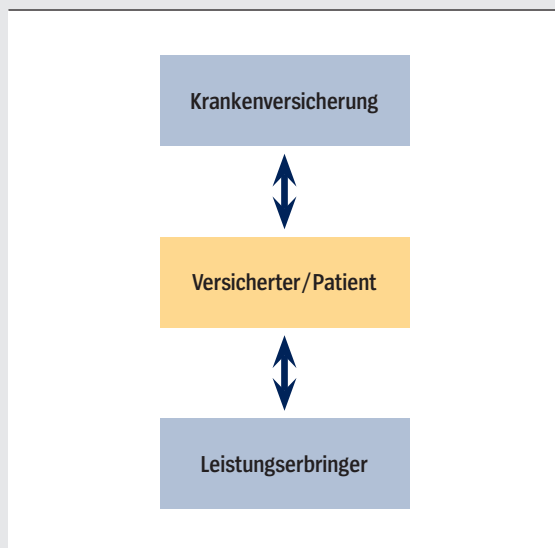
Dieses strukturelle Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Patient und Arzt bleibt trotz aller unzweifelhaft sinnvollen Bemühungen um die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Patienten („Empowerment“) grundsätzlich bestehen. Es kann in seiner Wirkung zudem durch Eigeninteressen des Arztes noch verstärkt werden. Diese könnten den Arzt nämlich dazu verleiten, seine Agentenrolle gegenüber dem Patienten zu seinem ökonomischen Vorteil auszunutzen, indem er dem Patienten Leistungen als notwendig angedeihen lässt, die dieser bei hinreichendem Wissensstand nicht nachgefragt hätte.

Die damit beschriebene eingeschränkte Konsumentensouveränität des Patienten begrenzt grundsätzlich auch die Wirkungen von Leistungs- und Kostentransparenz, die die Befürworter von Kostenerstattung stets als wichtiges Ziel reklamieren. Wenn der durchschnittliche Patient weder die Notwendigkeit von medizinischen Diagnose- oder Therapiemaßnahmen noch deren Qualität in vielen Fällen hinreichend beurteilen kann – etwa allein schon, weil ihm Informationen über mögliche Alternativen fehlen –, ist die bloße Kenntnis über die Kosten der erfolgten Maßnahmen für das eigene Inanspruchnahmeverhalten vermutlich weithin irrelevant. In jedem Fall dürfte zwischen Kostenkenntnis und Transparenz im Sinne von Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der abgerechneten Leistungen vielfach noch eine große Differenz bestehen.

Zudem dürfte die direkte Auseinandersetzung mit dem Arzt – etwa wenn bestimmte, zumal teuer erscheinende Leistungen abgerechnet wurden, an die sich der Patient in dieser Form aber nicht mehr erinnern kann – zumindest patienten-seitig als höchst unangenehme Belastung des in hohem Maße auf Vertrauen basierenden Arzt-Patienten-Verhältnisses empfunden werden. Aber auch aus ärztlicher Sicht gibt es offensichtliche Grenzen im Hinblick auf die „Ökonomisierung“ der Arzt-Patienten-Beziehung. Im Bereich der Arzneimittelversorgung verfolgt die Ärzteschaft seit Langem das Ziel, die Verantwortung des Arztes auf rein versorgungsinhaltliche Fragen (indikationsgerechte Auswahl von Wirkstoff und Verordnungsmenge) zu begrenzen; dagegen soll die direkte Preis- und Kostenverantwortung aus der Arzt-Patienten-Beziehung herausgehalten werden (*KBV 2009, 13*). Zu diesem durchaus nachvollziehbaren Anliegen würde es wohl kaum passen, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung im Hinblick auf

ABBILDUNG 1

Duales Vertragsprinzip bei der Kostenerstattung



Quelle: Wild; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

die ärztlichen Leistungen selbst regelhaft durch Preis- und Kostenaspekte mitbestimmt würde.

2.2 Erkenntnisse aus der Moral-Hazard-Theorie

Unabhängig davon, ob sich die durch Kostenerstattung vermeintlich verbesserte Transparenz somit bestenfalls als bloße Kostenkenntnis erweist, stellt sich ohnehin die weitergehende Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit hieraus positive Wirkungen auf die Leistungsanspruchnahme von Versicherten im Sinne der Vermeidung einer unnötigen Leistungsnachfrage resultieren. So ist es erheblich zu kurz gesprungen, die hohe Anzahl an Arztkontakten in Deutschland vor allem auf eine vermeintliche Überanspruchnahme des Versorgungssystems seitens der Versicherten zurückzuführen (vgl. hierzu ausführlich *Braun 2010*).

Aber selbst wenn es ein solches Verhalten der „Überanspruchnahme“ – von Versicherungsökonomern als „Moral Hazard“ (moralisches Risiko) bezeichnet – in der Gesundheitsversorgung tatsächlich in großem Umfang gäbe, würde die durch Kostenerstattung bewirkte Kostenkenntnis hieran nichts ändern, obwohl dies vonseiten vieler Befürworter von Kostenerstattung oft unterstellt wird. Wenn Gesundheitsminister Philipp Rösler sagt: „Jeder hat doch selbst ein Interesse, dass sich Leistungen und Ausgaben in einem vernünftigen Verhältnis zueinander befinden. Deshalb hilft es, wenn die Patienten wissen, wie teuer die erbrachten Leistungen sind“ (Stuttgarter Zeitung vom 15.01.2010), widerspricht diese Aussage der Moral-Hazard-Theorie (*Pauly 1968*) diametral. Danach nämlich hat der Versicherungsnehmer bei vollem Versicherungsschutz keinerlei Anreiz, sich besonders gesundheitsbewusst zu verhalten, weil er weiß, dass seine Behandlungskosten im Krankheitsfall vollständig von der Krankenversicherung getragen werden („ex ante moral hazard“). Und nach Eintritt eines Krankheitsfalls wird der Versicherte aufgrund seiner Vollversicherung seine individuelle Sättigungsmenge an Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen, weil ihm für die Nachfrage zusätzlicher Leistungen keine weiteren Ausgaben entstehen („ex post moral hazard“).

Entscheidend für dieses Verhalten ist der Theorie nach allein die Existenz eines vollständigen Versicherungsschutzes. Ob dieser im Rahmen eines Kostenerstattungssystems mit umfassender Kostenkenntnis oder im Rahmen eines Sachleistungssystems ohne Kostentransparenz besteht, ist vollkommen unwichtig. Es kann sogar argumentiert werden, dass das von Philipp Herder-Dorneich als „Reinholmentalität“ bezeichnete Verhalten einer Übernachfrage von Gesundheitsleistungen gerade bei Kenntnis der im Vergleich zum gezahlten Krankenversicherungsbeitrag als relativ gering empfundenen Kosten einer ambulanten Arztbehandlung noch um einiges stärker ausfällt als in einem Sachleistungssystem und damit ohne diese Kenntnis (*Herder-Dorneich 1984*).

Nach der Moral-Hazard-Theorie können Versicherungsmärkte überhaupt erst dann hinreichend stabil sein, wenn die Versicherungstarife mit wirksamen Selbstbeteiligungsinstrumenten versehen sind. Auch dies gilt völlig unabhängig davon, ob es sich um Kostenerstattungs- oder Sachleistungsmodelle handelt, denn Selbstbeteiligungsregelungen lassen sich ebenso gut im Rahmen eines Sachleistungssystems implementieren (dazu bereits *Münnich 1983*).

Allerdings ist die Wirkung von Selbstbeteiligungsinstrumenten in der Gesundheitsversorgung problematisch. Auch hier klingt die Theorie zunächst durchaus plausibel: Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung, wie sie etwa von KBV-Chef Köhler für Arztbehandlungen gefordert wird, ändern sich die Entscheidungsparameter der Versicherten. Der Preis einer Behandlung geht nun mit in die Nachfrageentscheidung des Patienten ein. Der Patient ist an einer möglichst kostengünstigen Behandlung interessiert (Voraussetzung: preiselastische Nachfrage) und verzichtet auch schon mal ganz auf eine Behandlung, wenn diese ihm in Relation zur von ihm zu zahlenden Selbstbeteiligung nicht genügend Nutzen verspricht – sprich, wenn sie ihm nicht unbedingt notwendig erscheint. Das trifft in der Versorgungsrealität allerdings nur auf einen bestimmten Teil der ärztlichen Leistungen zu, etwa bei Bagatellerkrankungen. Nennenswerte Zuzahlungen können hier vom Arztbesuch abhalten (und sollen das ja auch, damit die Ärzte, so die Köhler'sche Argumentation, endlich mehr Zeit für ihre „richtig“ kranken Patienten haben). Bei „richtigen“ beziehungsweise schwereren Erkrankungen geht die Theorie dagegen von einer relativ preisunelastischen Nachfrage aus. Hier soll es ja auch keine Leistungseinschränkungen geben. Allerdings besteht in genau diesen Fällen ein Problem, wenn einkommensschwache Patienten ihre Leistungsnachfrage angesichts nennenswerter Selbstbeteiligungen aufgrund von unzureichender Zahlungsfähigkeit gar nicht ausüben können. Zudem kann es sein, dass Patienten – und seien sie noch so mündig – womöglich gar nicht hinreichend beurteilen können, ob sie lediglich an einer Bagatellerkrankung leiden, für die keine ärztliche Untersuchung und Behandlung erforderlich ist. Bei unzureichender individueller Zahlungsbereitschaft beziehungsweise -fähigkeit eines Patienten kann der Verzicht auf die ärztliche Leistung oder auch schon deren zeitlicher Aufschub zu erheblichen Folgekosten führen, die die Kosten einer frühzeitig erfolgten Behandlung gegebenenfalls bei Weitem übersteigen.

Zur Wirkung von Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gibt es mittlerweile ganze Bibliotheken (für eine Übersicht siehe *Holst 2008*). Oftmals beschränken sich die Untersuchungen allerdings auf die Frage, ob Selbstbeteiligungen tatsächlich zu einer verminderten Leistungsanspruchnahme führen, und blenden die weitergehende Frage aus, ob dabei auch wirklich vor allem auf unnötige Leistungen verzichtet wurde. Das gilt auch für das noch immer häufig zitierte „RAND-Experiment“ aus den

1970er Jahren, bei dem erst tiefer gehende Untersuchungen das ursprünglich vermeintlich klare Ergebnis einer positiven und zugleich gesundheitsunschädlichen Wirkung von Selbstbeteiligungsregelungen beträchtlich in Frage stellten (*Reiners 2010, 99 ff.*).

2.3 Erfahrungen aus der privaten Krankenversicherung

Will man für Deutschland die Wirkungen eines Kostenerstattungssystems untersuchen, hat man den Vorteil, eine Reihe praktischer Erfahrungen verwerten zu können, denn Kostenerstattung ist schließlich kennzeichnend für das aktuelle Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung (PKV).

Die erste praktische PKV-Erfahrung zu Kostenerstattung, auf die hier kurz eingegangen werden soll, liegt bereits 25 Jahre zurück. Damals hatte das Augsburger BASYS-Institut eine Untersuchung im Auftrag des seinerzeit für die GKV zuständigen Bundesarbeitsministeriums vorgelegt mit dem bis heute unverändert spannenden Titel: „Auswirkungen der Kostenerstattung auf Kostenkenntnis, Kostenbewusstsein und kostensparendes Verhalten der Versicherten am Beispiel der privaten Krankenversicherung“ (*Schneider und Vetterle 1985*).

Die Ergebnisse der damaligen Untersuchung lassen sich für den hier betrachteten Kontext wie folgt zusammenfassen (*Schneider und Vetterle 1985, 83 f.*)

- „Kostenerstattungs-Versicherte“ verfügten generell über mehr Kostenkenntnis als „Sachleistungs-Versicherte“.
- „Kostenerstattungs-Versicherte“ wiesen ein höheres Anspruchsdenken auf als die vergleichbaren „Sachleistungs-Versicherten“.
- Bei Arzneimitteln legten die „Kostenerstattungs-Versicherten“ signifikant weniger Wert auf die Verordnung preisgünstiger Medikamente als die „Sachleistungs-Versicherten“. Beim Arztbesuch verhielt es sich umgekehrt; allerdings war das Ergebnis statistisch nicht signifikant.
- Bei der Häufigkeit der Arztkontakte für die Inanspruchnahme kurativer Leistungen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Diese Ergebnisse stimmen mit den zuvor dargelegten theoretischen Überlegungen gut überein: Kostenkenntnis allein fördert keineswegs Kostenbewusstsein im Sinne einer kostenbewussten Leistungsanspruchnahme, gegebenenfalls verhält es sich sogar gerade umgekehrt. Dabei muss allerdings betont werden, dass in der damaligen Untersuchung bei den PKV-Versicherten keine weitergehende Differenzierung danach erfolgte, ob diese über Versicherungsschutz mit oder ohne Selbstbeteiligungsregelungen verfügten, obwohl dies – wie gesehen – nach der Moral-Hazard-Theorie als entscheidendes Kriterium für kostenbewusstes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gilt.

Die zweite praktische PKV-Erfahrung, auf die hier verwiesen werden soll, ist deutlich jüngeren Datums. Im Rahmen einer im Mai und Juni 2010 durchgeführten umfassenden Repräsentativ-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter gesetzlich und privat Krankenversicherten wurden die Versicherten auch nach ihrer Einschätzung von Kostenerstattung gefragt. Unter den gesetzlich Versicherten bewerteten lediglich rund 20 Prozent der Befragten Kostenerstattung positiv, unter den privat Versicherten lag dieser Anteil zwar mehr als doppelt so hoch, mit knapp 44 Prozent aber noch immer klar unter 50 Prozent (*Zok 2010*). Das heißt: Demnach ist nicht einmal die Hälfte der Privatversicherten vom Kostenerstattungsprinzip wirklich überzeugt. Ob hierfür nun im Einzelnen der mit Kostenerstattung verbundene beträchtliche Verwaltungsaufwand, mögliche Negativwirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis oder die Unzufriedenheit mit einer offenbar zunehmend restriktiven Erstattungspraxis der privaten Krankenkasse (*Ombudsmann PKV 2010*) oder andere Gründe verantwortlich sind, kann hier nicht näher beurteilt werden.

Vielleicht liegt die keineswegs überschwängliche Einschätzung des Kostenerstattungsprinzips durch die Privatversicherten aber auch ein ganzes Stück an der Unzufriedenheit mit der anhaltend ungünstigen Beitragsentwicklung in der PKV. So haben sich in der PKV im Zeitraum 1997 bis 2008 die Beitragseinnahmen je Versicherten in der Krankheitsvollversicherung um etwa 52 Prozent erhöht (jahresdurchschnittlich 3,9 Prozent), während die Beitragseinnahmen je Versicherten in der GKV im selben Zeitraum nur um etwa 30 Prozent (jahresdurchschnittlich 2,4 Prozent) gestiegen sind (*IGES und Rürup 2010, 49*). Noch stärkere Unterschiede zwischen PKV und GKV gibt es bei der Entwicklung der Leistungsausgaben. Betrachtet man die Ausgaben für Arztpraxen und Apotheken, also die Leistungsbereiche, bei denen am ehesten mit positiven Auswirkungen eines kostenbewussten Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten gerechnet werden kann, zeigt sich folgendes Bild: Für Arztpraxen nahmen die Ausgaben der PKV im Zeitraum 1995 bis 2007 um fast 90 Prozent zu (5,5 Prozent pro Jahr), in der GKV dagegen lediglich um knapp 26 Prozent (1,9 Prozent pro Jahr). Bei Arzneimitteln aus Apotheken betragen die entsprechenden Zuwächse in der PKV 127 Prozent (7,1 Prozent pro Jahr), in der GKV aber „nur“ 60 Prozent beziehungsweise 4,0 Prozent pro Jahr (*IGES und Rürup 2010, 92 f.*).

Auch wenn diese Zahlen aufgrund vielfältiger Strukturunterschiede zwischen den beiden Versicherungssystemen nur mit gewissen Einschränkungen vergleichbar sind – dazu zählen Unterschiede in der Beitragsgestaltung, im versicherten Leistungsspektrum, aber auch in der insgesamt höheren Krankheitslast der GKV (*Leinert 2006*) –, so unterstreichen sie gleichwohl eine Aussage mit großem Nachdruck: Das in der PKV vorhandene Instrumentarium zur Steuerung der

Entwicklung der Leistungsausgaben ist vergleichsweise unwirksam. Das ist gerade in dem hier behandelten Kontext von herausragendem Interesse, denn zentrales Steuerungsinstrument der PKV ist Kostenerstattung, die bei vielen Privatversicherten mit Selbstbeteiligungstarifen einhergeht. Kostenkenntnis ist also bei allen PKV-Versicherten vorhanden, bei vielen sogar verbunden mit direkter Kostenbeteiligung. Dennoch laufen der PKV die Ausgaben und Beiträge in einem Tempo weg, das in der GKV – dem für manche vermeintlich maroden System ohne Zukunft – kaum denkbar wäre.

2.4 Forderungen nach Abkehr vom „dualen Prinzip“

Weitreichende Konsequenzen aus der erkennbaren Steuerungsunfähigkeit der PKV haben bereits vor geraumer Zeit zwei wichtige Kommissionen gezogen: die vom Deutschen Bundestag eingesetzte „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ mit einem 1996 vorgelegten Gutachten (*Unabhängige Expertenkommission 1996*) sowie die vom Bundesjustizministerium eingesetzte „Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts“ mit ihrem 2004 vorgelegten Abschlussbericht (*VVG-Kommission 2004*).

Eine zentrale Stoßrichtung der Vorschläge verdeutlichen folgende Aussagen aus dem Bericht der VVG-Kommission:

„Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht än-

dern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, BpflV) unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit kein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen.

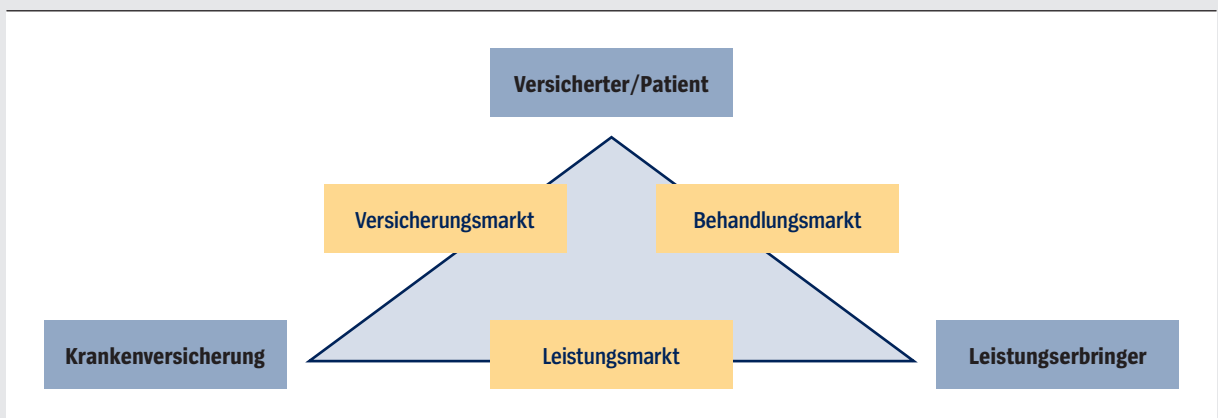
Weil die Ausgabenentwicklung die Hauptursache für steigende Beiträge darstellt, hat die ‚Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter‘ empfohlen, der PKV rechtliche Möglichkeiten an die Hand zu geben, um die Kostenentwicklung wirksamer steuern zu können. Insbesondere hat die Expertenkommission in ihrem Gutachten empfohlen, die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zum Zweck ihrer Verknüpfung mit entsprechenden Tarifangeboten zu ermöglichen (*Gutachten, Abschnitt 18*). [...]

In Übereinstimmung mit der Expertenkommission ist davon auszugehen, dass das Leitbild der Privaten Krankenversicherung zukunftsbezogen nicht nur auf die reine Kostenerstattung begrenzt werden kann, sondern den Rahmen eröffnen muss, auch neue Formen und Methoden zur wirksamen Kostensteuerung bei gleichzeitigem Erhalt bzw. Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität zu ermöglichen“ (*VVG-Kommission 2004, 164 f.*).

Ähnlich äußert sich mittlerweile auch die PKV selbst: „Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Leistungsausgaben in der PKV insgesamt stärker steigen als in der GKV. Dies gilt insbesondere für den Bereich der ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich, dem größten Kostenblock der PKV. Diese Entwicklung darf nicht ungebremst weitergehen, wenn nicht das private Sicherungssystem als Ganzes Schaden nehmen soll. Die private Krankenversicherung erwartet deshalb, dass sie wirkungsvolle Handlungsinstrumente bekommt. Unser

ABBILDUNG 2

Das Akteursdreieck beim Sachleistungsprinzip



Quelle: WdO; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

Ziel ist, in fairer Partnerschaft mit Ärzten und anderen Leistungserbringern über Qualitätsfragen auch stärker Einfluss auf Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen zu nehmen. Dazu bedarf es Vertragskompetenzen, eingebettet in einen entsprechenden Rechtsrahmen zur Sicherstellung einer angemessenen Vergütung“ (*PKV-Verband 2010*, 35).

Diese Aussagen machen es überdeutlich: Die bestehenden Steuerungsstrukturen der PKV – zentral das Kostenerstattungsprinzip, häufig verbunden mit Selbstbeteiligungen der Versicherten – können offenkundig nicht verhindern, dass „das private Sicherungssystem als Ganzes Schaden nehmen“ könnte. Um diesen Schaden abzuwenden, wird faktisch nichts anderes gefordert als die Abkehr vom dualen Prinzip der Kostenerstattung hin zur Einführung direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Das könnte man dann als „triales Prinzip“ bezeichnen, doch weitaus gebräuchlicher ist es, vom Akteursdreieck zu sprechen, wie es in der GKV seit langem bekannt ist.

2.5 Das Akteursdreieck des Sachleistungsprinzips der GKV

So wie das „duale Prinzip“ kennzeichnend für das Kostenerstattungsprinzip der PKV ist, steht das „Akteursdreieck“ mit seinem dreifachen Beziehungsgeflecht für das Sachleistungsprinzip der GKV. Abbildung 2 macht deutlich, dass die Beziehungen zwischen den drei Akteursgruppen Versicherte/Patienten, Krankenversicherungen und Leistungserbringern zugleich drei Märkte konstituieren, die für eine wettbewerbliche Ausrichtung jeweils grundsätzlich offen stehen: den Versicherungsmarkt, den Behandlungsmarkt und den Leistungsmarkt.

Auch in diesem System hat der Versicherte eine zweifache Wahlentscheidung zu treffen: zum einen in Bezug auf seine Krankenversicherung und zum anderen – als Patient – in Bezug auf seine Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zum „dualen Prinzip“ der Kostenerstattung ist der Versicherte als Patient in diesem System jedoch nicht in seiner Beziehung zum Arzt auf sich allein gestellt, sondern verfügt mit der von ihm gewählten Krankenkasse über einen „ergänzenden Sachwalter“ (*Breyer et al. 2005*). Dieser zusätzliche Agent kompensiert die aus der Informationsasymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis resultierenden Beeinträchtigungen der Patientensouveränität im Interesse des Patienten: etwa durch kompetente Fachberatung der Versicherten, durch Qualitätsinformationen über Leistungserbringer oder durch eine vertragsbasierte Vorauswahl unter den Versorgungsleistungen beziehungsweise Leistungserbringern nach verständlichen Qualitäts- und Effizienzkriterien. In der Sprache der ökonomischen Theorie bestehen bei einem solchen Dreiecksverhältnis zweifache Prinzipal-Agent-Beziehungen (*Cassel*

2003). Dem Prinzipal Versicherter/Patient stehen mit dem Arzt (Leistungserbringer) und der Krankenversicherung gleich zwei kompetente Agenten (Sachwalter) zur Seite, die ihn durch direkte Vergütungs- und Qualitätsvereinbarungen untereinander insbesondere bei solchen Aufgaben entlasten, die ihn in der reinen Patienten-Arzt-Beziehung grundsätzlich überfordern würden.

3 Ausblick: Konsequenzen für die GKV

Eine im Vergleich zum Status quo konsequente wettbewerbliche Weiterentwicklung des beschriebenen Dreiecksverhältnisses würde erfordern, die vor allem auf dem Leistungsmarkt bestehenden Wettbewerbsdefizite durch wirksamen Vertragswettbewerb zu vermindern, speziell durch den Ausbau selektivvertraglicher Handlungsoptionen im ambulanten und stationären Bereich sowie in sektorübergreifender Perspektive bei simultanem Rückbau des zurzeit noch dominierenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Regelungs-dickichts (*Cassel et al. 2008; Ebsen et al. 2003; Wille 2009*).

In ihrem Koalitionsvertrag hatte die schwarz-gelbe Bundesregierung zwar noch ein Bekenntnis zu „Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung“ abgegeben (*CDU/CSU/FDP 2009*, 87), doch ist derzeit nicht erkennbar, dass dieser Wettbewerbsrhetorik wirklich Taten folgen sollen. Die stattdessen offenbar verfolgten Absichten zum Ausbau von Kostenerstattung lassen dies zumindest nicht erkennen. Vielleicht verweisen sie aber auch auf ein grundlegend anderes Verständnis von Wettbewerb. Dieses Verständnis scheint weder die durch Theorie und (nicht zuletzt durch die PKV-basierte) Empirie mehrfach bestätigte Untauglichkeit von Kostenerstattung als wirksames Steuerungsinstrument zur Kenntnis zu nehmen, noch die für die Zukunftssicherung der PKV für notwendig erachtete Abkehr von dem dort dominierenden Kostenerstattungsprinzip, noch die ablehnende Haltung einer großen Mehrheit der GKV-Versicherten gegenüber Kostenerstattung (zwei Drittel der Versicherten lehnen Kostenerstattung rundweg ab; *Zok 2010*). Das hat gewiss gute Gründe: „Wer die Kostenerstattung ausbauen möchte, will im allgemeinen nicht die Effizienz steigern, sondern Leistungserbringern zusätzliche Einkommenschancen eröffnen“ (*Wasem 2000*, 477). Zu diesem Ziel würde mehr Vertragswettbewerb – der gegenüber dem Status quo vor allem zu mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern führen würde – auch nicht wirklich passen. Zwar sollen einerseits die Versicherten und darunter dann auch multimorbide ältere Menschen endlich unbeschränkt ihre bisher wohl unterdrückte Patientensouveränität ausleben können (müssen?), aber gleichzeitig scheint andererseits Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern wettbewerbliches Handeln ohne plan- und kollektivwirtschaftliche Schutzzäune weiterhin offenbar nicht zumutbar. Auch

TABELLE 1

Kostenerstattung in der GKV*

	Grundsätzliche Regelung zur Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V)	Wahltarif Kostenerstattung (§ 53 Abs. 4 SGB V)
Freiwillige Teilnahmeentscheidung der Versicherten	Ja	Ja
Freiwillige Angebotsentscheidung der Krankenkassen	Nein, Versicherte haben einen generellen Anspruch	Ja, das Angebot dieses Tarifs ist für die Krankenkassen optional
Personenkreis	Alle GKV-Versicherten	GKV-Mitglieder, wenn ein Mitglied Kostenerstattung wählt, dann sind auch die Mitversicherten daran gebunden Nicht für Mitglieder, deren Beiträge von Dritten getragen werden
Bindungsfrist	1 Jahr	3 Jahre (Sonderkündigungsrecht für Härtefälle)
Beitragszahlung des Kassenmitglieds	Unverändert wie im Sachleistungsprinzip	Zusätzliche Prämienaufzahlung in der Regel erforderlich
Wahlmöglichkeit für den Versicherten	Ärztliche, zahnärztliche und stationäre Versorgung, sowie veranlasste Leistungen	Abhängig vom Wahltarifangebot der Krankenkasse
Erstattung durch die Kasse	<ul style="list-style-type: none"> Nur für Leistungen der Regelversorgung Höchstens in Höhe der Vergütung im Sachleistungsprinzip, abzüglich eines Betrags für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen 	<ul style="list-style-type: none"> Erstattungshöhe ist variabel gestaltbar (z. B. kann auch der 2,3-fache Satz nach GOÄ/GOZ erstattet werden). Erstattung für Leistungen außerhalb der Regelversorgung möglich (z. B. Wahltarif Ein- oder Zweibettzimmer)
Finanzierungsbedingungen		Aufwendungen für den Wahltarif Kostenerstattung müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden (Verbot der Quersubventionierung)

* Von folgenden Regelungen zur Kostenerstattung im SGB V wird hier abgesehen: Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern in der EU/EWG und in der Schweiz nach Paragraph 13 Absatz 4 SGB V, die Regelung zur Teilkostenerstattung nach Paragraph 14 SGB V sowie die Regelung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach Paragraph 264 SGB V.

Quelle: Wido 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

deshalb sollen in der GKV mehr Möglichkeiten für Kostenerstattung geschaffen werden.

In der GKV gibt es für die Versicherten bereits zwei gesetzliche Grundlagen zur Inanspruchnahme von Kostenerstattung (Tabelle 1).

Zum einen können Versicherte grundsätzlich anstelle der Sachleistung Kostenerstattung wählen (Paragraph 13 Absatz 2 SGB V). In diesem Fall darf die Krankenkasse den Versicherten nur die Kosten erstatten, die sie im vergleichbaren Fall auch im Rahmen der Sachleistung gezahlt hätte. Zum anderen wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

(GKV-WSG) zum 1. April 2007 eine Wahltarifoption zur Kostenerstattung eingeführt (Paragraph 53 Absatz 4). Hier kann die Krankenkasse (gegen Prämienaufzahlung) die Höhe der Erstattung variieren und damit zum Beispiel auch privatärztliche Rechnungen nach dem 2,3-fachen Satz der GOÄ/GOZ erstatten. Diese beiden Möglichkeiten zur Kostenerstattung werden von den GKV-Versicherten jedoch kaum genutzt (GKV-Spitzenverband 2009; BMG 2010, 4).

Vor allem die geringe Inanspruchnahme der Kostenerstattung nach Paragraph 13 Absatz 2 wird häufig mit einer angeblich mangelnden Attraktivität der bestehenden Regelungen begründet, die kurzfristig durch eine Gesetzesänderung be-

seitigt werden könnte. Demnach würde dann zukünftig der jetzt von den Versicherten bei dieser Kostenerstattungsvariante zu tragende Abschlag der Krankenkasse für zusätzliche Verwaltungsausgaben und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfallen. Auf diesen Abschlag bei Kostenerstattung zu verzichten, wäre jedoch nicht vertretbar, denn der mit dem Kostenerstattungsprinzip verbundene Aufwand ist im Vergleich zum Sachleistungsprinzip der GKV beträchtlich höher (Jacobs 2010). Er dürfte durch die zurzeit vorgesehenen Abschläge in vielen Fällen ohnehin nur unzureichend erfasst werden. Eine dahingehende Gesetzesänderung würde bedeuten, dass die Mitglieder, die keine Kostenerstattung gewährt haben, den durch Kostenerstattung bei einer Kasse zusätzlich entstehenden Verwaltungsaufwand mitbezahlen müssten – also ein klassischer Fall von Quersubventionierung.

Man sollte sich an dieser Stelle auch nichts vormachen: Kostenerstattung, zumindest nach Paragraph 13 Absatz 2, bleibt für die große Mehrheit der GKV-Versicherten schon allein deswegen unattraktiv, weil sie in jedem Fall beträchtliche Restkosten zu tragen haben, da die Kostenerstattung nur auf der Basis der privat(zahn)ärztlichen Gebührenordnungen durchgeführt werden kann, die Erstattung der Kassen aber auf die ansonsten für diese Leistung anfallenden Kosten im Sachleistungsprinzip beschränkt ist. Selbst ohne jeglichen Abzug für zusätzlichen Verwaltungsaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen läge der in der GKV erstattungsfähige Anteil des Rechnungsbetrags einer privatärztlichen Behandlungsrechnung lediglich bei rund 40 Prozent (Jacobs und Reschke 1994, 29). Dies entspricht im Durchschnitt dem Unterschied zwischen der Arztvergütung vergleichbarer Leistungen in GKV und PKV. Ob sich dieser Anteil nun durch weitere Abzüge für Verwaltungsaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch etwas weiter in Richtung 30 Prozent vermindert oder nicht, dürfte sich auf die generelle Attraktivität von Kostenerstattung in der GKV kaum spürbar auswirken.

Längerfristig könnte sich jedoch ein anderes Bild ergeben, wenn nämlich mit der ins Auge gefassten Angleichung der Honorarordnungen von GKV und PKV ernst gemacht und damit eine neue Grundlage für Kostenerstattung in der GKV geschaffen würde. Zwar hätte ein staatliches Einheitspreissystem für ärztliche Leistungen erkennbar wenig mit dem propagierten Ziel von „Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung“ zu tun, doch ist es mit der Ernsthaftigkeit der politischen Wettbewerbsrhetorik ja ohnehin nicht allzu weit her. Gefährlich könnte eine solche Entwicklung auch deshalb werden, weil sie mit der wohlklingenden Überschrift des „Abbaus von Unterschieden zwischen GKV und PKV“ (im Sinne des Menetekels der „Zwei-Klassen-Medizin“) versehen werden könnte. Wenn eine derartige Systemangleichung letztlich jedoch hieße, ein zentrales Wesensmerkmal der GKV – nämlich die als Sachleistungsprinzip bezeichnete (und von

der PKV geneidete) vertragsbasierte Leistungs- und Ausgabensteuerung – zur Disposition zu stellen, sollte hierauf im Sinne der GKV-Versicherten verzichtet werden. Kostenerstattung in der GKV ist und bleibt ein Irrweg, ganz gleich, unter welchem Etikett. Wirksamer Wettbewerb zugunsten von mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung in der Gesundheitsversorgung sieht anders aus.

Literatur

- Bahr D (2008):** Das Kostenerstattungsprinzip sorgt für Transparenz und setzt Anreize für Eigenverantwortung. In: Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (Hrsg.). Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bestandsaufnahme. Schriftenreihe PVS Verband. Band 7, Berlin, 120–127
- Bundesministerium für Gesundheit (2010):** Mitglieder im Jahresdurchschnitt 2009 – (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13). Stand 21. Juni 2010; www.bmg.bund.de → Gesundheit → Statistik → Mitglieder und Versicherte → Mitglieder im Jahresdurchschnitt 2009 (letzter Zugriff am 21.09.2010).
- BMG, BÄK, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer (2010):** Für eine gerechte und zukunfts feste Gesundheitsversorgung. Gemeinsame Presseerklärung vom 27.08.2010, Berlin; www.bmg.bund.de → Presse (zur Presseerklärung vom 27. August 2010 scrollen) (letzter Zugriff am 27.09.2010)
- Braun B (2010):** Warum die Zahl der Arztbesuche in Deutschland hoch ist. Soziale Sicherheit, Heft 8, 257–262
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005):** Gesundheitsökonomik. 5. Auflage. Berlin: Springer
- Cassel D (2003):** Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2002 – Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer, 3–20
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, et al. (2008):** Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: WIdO
- CDU, CSU, FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode, Berlin; www.cdu.de → Aktuelles → Weiterführende Links: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (letzter Zugriff am 27.09.2010)
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, et al. (2003):** Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.). AOK im Dialog. Band 13. Bonn: AOK-Bundesverband, 145–307
- GKV-Spitzenverband (2009):** Bericht über die Erfahrungen mit den durch das GKV-WSG bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bundestags-Drucksache 16/12639 vom 14.04.2009
- Herder-Dorneich P (1984):** Mehr Transparenz in der GKV – ein Schlüssel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen? Sozialer Fortschritt, Heft 7, 164–167

Holst J (2008): Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz. Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde, WZB Discussion Paper SP I 2008-305

IGES, Rürup B (2010): Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demographischen Entwicklung. Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin

Jacobs K (2010): Heilsbringer Kostenerstattung? Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 13 Heft 9, 16–17

Jacobs K, Reschke P (1994): Kostenerstattung in der GKV. Erprobungsregelung in der IKK für den Kreis Mettmann. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2009): Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung. Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin. Berlin; www.bnfi.de → News → Gesundheitspolitik → Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung (letzter Zugriff am 22.09.10)

Koschorrek R (2008): Kostenbewusstsein entsteht nicht automatisch durch Kostenerstattung. In: Verband der Privatärztlichen Abrechnungsstellen e.V. (Hrsg.). Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bestandsaufnahme. Schriftenreihe PVS Verband. Band 7. Berlin, 135–141

Leinert J (2006): Morbidität als Selektionskriterium. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hrsg.). Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn, 67–76

Münnich F (1983): Steuerungsmöglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur Beeinflussung der Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen auf der Grundlage des derzeit geltenden Sachleistungsprinzips. Schriftenreihe der Hans-Neuffer-Stiftung, Köln

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung (2010): Tätigkeitsbericht 2009, Berlin; www.pkv-ombudsmann.de/taetigkeitsbericht (letzter Zugriff am 08.09.2010)

Pauly MV (1968): The Economics of Moral Hazard: Comment. American Economic Review, Band 58, Heft 4, 531–537

PKV-Verband (2010): Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2009, Köln

Reiners H (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hans Huber

Rice T (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung. Bonn: KomPart

Schneider M, Vetterle H (1985): Auswirkungen der Kostenerstattung auf Kostenkenntnis, Kostenbewusstsein und kostensparendes Verhalten der Versicherten, Forschungsbericht Nr. 138 des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter (1996): Gutachten. Bundestags-Drucksache 13/4945 vom 18.06.1996

VVG-Kommission (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts) (2004): Abschlussbericht der Kommission vom 19.04.2004; www.bmj.bund.de → Themen → Handels- und Wirtschaftsrecht → Versicherungsrecht → Dokumente: Abschlussbericht VVG-Reform (letzter Zugriff am 08.09.10)

Wasem J (2000): Kostenerstattung und Sachleistung aus ökonomischer Sicht. Medizinrecht (MedR), Heft 10, 472–477

Wille E (2009): Zur notwendigen Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.). AOK im Dialog – Die Chance nutzen. Mit selektiven Verträgen in Qualität und Wirtschaftlichkeit investieren. Band 24. Berlin: AOK-Bundesverband

Zok K (2010): Erwartung an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage. WIdO-monitor, Ausgabe 01/2010; wido.de/widomonitor.html

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum

Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Lehrbeauftragter am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement). Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.



Dipl.-Volkswirtin Caroline Kip,

Jahrgang 1979, Studium der Volkswirtschaft an der Universität Heidelberg, danach Mitarbeit an Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei einem privatwirtschaftlichen

Institut. Seit April 2009 Trainee im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).



Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze,

Jahrgang 1976, 1996–2002 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik und Arbeitsmarkttheorie. Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich

Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Seit April 2010 Stellvertreterin von Fritz Schösser als Mitglied in der DGB-Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“.