

Kostenerstattung und Zusatzpolice

Mit der anstehenden Gesundheitsreform werden alle Beteiligten im Gesundheitswesen erneut von einem ungeheueren Wust an neuen Bestimmungen erfasst. Entbürokratisierung – keine Spur! Einmal mehr zeigt sich, dass die Liberalisierung des staatlich legitimierte Monopols Gesetzliche Krankenversicherung zu noch mehr Einzel- und Ausnahmeregelungen führt.

Für niedergelassene Ärzte ergeben sich aufgrund der zahlreichen strukturverändernden Elemente viele neue Unwägbarkeiten. Allein die Vorschrift, dass die gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten fortan eine hausarztzentrierte Versorgung mit ausgewählten Hausärzten anbieten müssen, kann in Verbindung mit der geplanten Praxisgebühr und Bonuszahlungen zur Einführung von Primärarztsystem und Einkaufsmodell durch die Hintertür führen.

Die Gesundheitsreform eröffnet aber auch für die Differenzierung des ärztlichen Leistungsangebots neue Perspektiven. Offensichtlich hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Akzeptanz der GKV gerade mit dem Einräumen von Wahlmöglichkeiten steigt. Da war es nur konsequent, das Wahlrecht auf Kostenerstattung von den freiwillig Versicherten auf alle 72 Millionen GKV-Mitglieder auszudehnen. Geschichtskundige haben hier ihr Déjà-vu-Erlebnis: Die „Kostenerstattung für alle“ erinnert stark an die letzte Seehofer-Reform von 1997. Selbst die Begründung wurde im Wortlaut übernommen: „Frei die Versorgungsform wählen zu können, entspricht der Vorstellung vom mündigen Bürger.“

Dass die „Kostenerstattung für alle“ bis zu ihrem vorzeitigen Ende nach dem Regierungswechsel von 1998 keine echte Chance hatte, lag sowohl an den überzogenen Aktivitäten einiger (zahn-)ärztlicher Heißsporne, als auch an der ärgerlichen Trägheit der ärztlichen Körperschaften, die ihren Mitgliedern eben immer nur sagten, wie es nicht geht, anstatt endlich mal praktikable Handlungsoptionen aufzuzeigen. Nunmehr ergibt sich eine neue Chance, die Optionen der Kostenerstattung darzustellen und sie auf diese Weise behutsam und sozialverträglich in der Versorgungsrealität zu etablieren.

Eine zusätzliche Chance wird die Kostenerstattung durch einen weiteren gesetzgeberischen „Dammbruch“ erhalten: Gemäß Paragraph 194 Abs. 1a SGB V können Kassen künftig mit den Anbietern privater Zusatzversicherungen kooperieren und für ihre Versicherten günstige Gruppentarife abschließen. Zwar werden in der Gesetzesbegründung vor allem stationäre Zusatztarife erwähnt, doch sollten die Ärzte nicht zurückstehen, zusammen mit der PKV attraktive private Zusatzangebote auch für die ambulante Versorgung zu entwickeln.

Mit der Kostenerstattung und der Möglichkeit zur Vermittlung privater Zusatztarife werden somit künftig attraktive Optionen zur Gestaltung der Versorgungsrealität zur Verfügung stehen. Beide Instrumente sind nichts für Heißsporne und Geschäftemacher, bieten aber auf lange Sicht recht interessante Perspektiven für eine zunehmende Differenzierung des Leistungsangebots gerade auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dr. med. Lothar Krimmel