

FACHHOCHSCHULE HILDESHEIM / HOLZMINDEN /
GÖTTINGEN Fachbereich Wirtschaft

Hausarbeit

Thema: **Kostenerstattung in der GKV**

Studiengang: Krankenversicherungsmanagement

Erstprüfer/-in: Prof. Dr. Olaf Winkelhake

Name: Sebastian Angerstein

Anschrift:

xxx

Semesterzahl: 6

Matrikel-Nr.:

Datum:

xx

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Einleitung	4
2. Begriffsdefinition.....	6
2.1 Sachleistungsprinzip.....	6
2.2 Kostenerstattungsprinzip	7
3. Kostenerstattung in der GKV.....	8
3.1 Bisherige Einsatzfelder der Kostenerstattung in der GKV.....	8
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Ausweitung der Kostenerstattung im SGB	9
4. Erfahrungen auf dem Gebiet der Kostenerstattung.....	10
4.1 Der Ansatz Wettbewerbsfähigkeit	10
4.1.1 Erfahrungen in der PKV.....	11
4.1.2 Erfahrungen in der GKV	12
4.2 Ansatz Kostentransparenz und Leistungsanspruchnahme.....	13
4.2.1 Erfahrungen in der PKV.....	14
4.2.2 Erfahrungen in der GKV	15
5. Fazit – Kostenerstattung als Steuerungsinstrument ?.....	17
6. Literaturverzeichnis.....	22
7. Erklärung zur Haus-/Diplomarbeit gemäß § 26 Abs. 6 DiplPrüfO	24

Abkürzungsverzeichnis

2. GKV-NOG	2. GKV-Neuordnungsgesetz
Bema-Z	Bewertungsmaßstab für Zahnärzte
BPfIVO	Bundespfllegesatzverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskarankasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Einleitung

Der Gesundheitsversorgung werden bis zum Jahr 2010 Kostensteigerungen von bis zu 35% vorausgesagt. Als Hauptursache werden dabei vor allem die demographische Entwicklung und der technische Fortschritt angeführt.¹

Anfang des Jahres hat die regierende Koalition von SPD und Bündnis 90 / Die Grünen eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht, die schwer von dem Konsens mit der Opposition gezeichnet ist. Überlegungen zur Stärkung der Einnahmeseite der GKV wurden schon im Vorfeld an den Rand der Diskussion gedrängt, während angebliche Instrumente zur Ausgabensteuerung (Stichwort Globalbudget) die Hürde Bundesrat erst gar nicht überlebten.

Wie ist dieser Kostenentwicklung vor allem in der GKV also wirksam zu begegnen? Gibt es Instrumente, die diesen Zweck verfolgen? Und wenn ja, wie wirksam sind sie bzw. wo soll man am besten ansetzen?

Der Ansatz von Managed Care verfolgt das Ziel, die Versorgung im Gesundheitswesen effizienter zu gestalten und sich dabei sowohl auf die Seite der Leistungserbringer als auch auf die der Versicherten zu konzentrieren. Die Implementierung von Managementelementen im Gesundheitswesen soll dabei wesentlich zu Qualitätssteigerung und Kostensenkung beitragen.² Hierbei wird der Hebel zur Ausgabensteuerung auf Basis einer verstärkten Kontrolle, der Intensivierung des Wettbewerbs oder auch der Schaffung finanzieller Anreize angesetzt.

Diese Arbeit möchte im Folgenden den Schwerpunkt der Betrachtung auf die Steuerung der Versicherten legen. Zentraler Gedanke soll dabei die Untersuchung sein, inwieweit das Prinzip der Kostenerstattung als versichertenorientiertes Instrument zur Steuerung der Leistungsausgaben in der GKV im Rahmen von Managed Care in Frage kommt.

Nach einer einleitenden Begriffsbestimmung in Abgrenzung zu dem in der GKV vornehmlich angewandten Sachleistungsprinzip sollen zunächst schon bestehende Einsatzfelder der Kostenerstattung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und die betreffenden rechtlichen Rahmenbedingungen im SGB vorgestellt werden.

¹ Vgl. Analyse der Boston Consulting Group (BCG), HANDELSBLATT vom 14.12.1999, S. 49 „Mehr Marktfreiheit für das Gesundheitswesen“

² Vgl. Weiss, Mario (1997), S. 87

Als zentrale Überlegung dieser Arbeit soll dann untersucht werden, welche Auswirkungen die Ausweitung der Kostenerstattung auf **alle** Leistungsbereiche und **alle** Versichertengruppen hat. Da es sich bei dem Prinzip der Kostenerstattung traditionell um ein Instrument der PKV handelt, wird sowohl auf die Erfahrungen in der PKV als auch auf die der GKV im Rahmen eines Modellprojekts der IKK Kreis Mettmann eingegangen. Die Ansätze Wettbewerbsfähigkeit und Kostentransparenz / Leistungsanspruchnahme werden dabei jeweils getrennt voneinander untersucht.

Aus diesen Überlegungen wird ein abschließendes Urteil über die Tauglichkeit der Kostenerstattung als versichertenorientiertes Steuerungsinstrument für die GKV abgegeben.

2. Begriffsdefinition

Kern dieser Arbeit wird die Untersuchung der Kostenerstattung als Steuerungsinstrument in der GKV sein. Bevor jedoch dementsprechende Überlegungen angestellt werden, erscheint eine kurze Bestimmung des Begriffs der Kostenerstattung und seines Pendant, dem Sachleistungsprinzip, sinnvoll.

2.1. Sachleistungsprinzip

Zu den Merkmalen einer auf dem Solidarprinzip gegründeten Krankenversicherung gehört, daß der Leistungserbringer nicht unmittelbar mit dem Patienten abrechnet, sondern die Abrechnung direkt (stationäre Versorgung) oder unter Zwischenschaltung von Verbänden (ambulante Versorgung) mit den Krankenversicherungen erfolgt. Die Entgelte werden kollektiv verhandelt und zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Ärzte vereinbart.³ Es handelt sich dabei im Gegensatz zum Kostenerstattungsprinzip um ein zweistufiges Honorarverfahren, bei dem das Geld nach einem anderen Schlüssel von der KV / KZV an die Ärzte verteilt wird, als sie es selbst von den Kassen erhalten.⁴ In der Regel genügt zur Inanspruchnahme der Leistungen beim Leistungserbringer die Vorlage von Berechtigungsdokumenten, z.B. von Verordnungen, Kranken- bzw. Überweisungsscheinen oder der Versicherten-Chipkarte. Der Versicherte muß nicht in finanzielle Vorleistung treten.

Die Abrechnung Leistungserbringer richtet sich nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) für ambulante bzw. nach dem BEMA-Z (Bewertungsmaßstab für Zahnärzte) für ambulant-zahnärztliche Leistungen. Sie stellen die Grundlage dafür dar, welche Leistungen wie hoch bewertet werden oder was nicht berechenbar ist. Jeder Leistung ist eine bestimmte Punktzahl zugeordnet, die mit einem Punktwert multipliziert und anschließend mit der KV / KZV abgerechnet wird.⁵

³ Vgl. Hajen, Leonhard / Paetow, Holger / Schumacher, Harald (2000), S. 107-108

⁴ Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter (1997), S. 259-260

⁵ Jeder Arzt dokumentiert die Abrechnungspositionen gegenüber der KV / KZV und erhält eine vorläufige Vergütung. Die monetäre Bewertung der Leistungen erfolgt endgültig erst am Ende der Abrechnungsperiode, wenn aus der Division der vereinbarten Gesamtvergütung durch die Anzahl aller abgerechneten Punkte ein nominaler Punktwert ermittelt werden kann. Die leistungsfördernden Anreize bleiben so für jeden Arzt individuell erhalten, ohne daß dies zwangsläufig auch steigende Gesamtausgaben zur Folge hat.

Voll- und teilstationäre Leistungen werden, von wenigen Ausnahmen abgesehen⁶, nach der BpflVO abgerechnet. Dabei werden genaue Vergütungsformen festgesetzt. Man spricht hierbei auch von Fallpauschalen, Sonderentgelten und Basis- und Abteilungspflegesätzen.

2.2. Kostenerstattungsprinzip

Nach dem Prinzip der Kostenerstattung schließt jeder Patient mit dem jeweiligen Leistungserbringer einen individuellen Vertrag, welcher unmittelbar zwischen beiden Parteien abgerechnet wird.

Voll- und teilstationäre Leistungen richten sich wie auch beim Sachleistungsprinzip nach der BpflVO, die ambulanten (zahn-)ärztlichen jedoch nach der GOÄ bzw. GOZ (Gebührenordnung der Ärzte bzw. Zahnärzte). Jede Leistung ist wiederum mit einer Punktzahl belegt und wird mit einem i.d.R. höheren Punktwert (Jahr 2000 11,4 Pfennig)⁷ für privatärztliche Behandlungen multipliziert. Das endgültige Honorar berechnet sich, indem dieser Gebührensatz in Abhängigkeit von Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand noch einmal mit einem individuellen Steigerungssatz multipliziert wird. Je nach Leistungsart beträgt dieser Liquidationsfaktor bis zum 2,3fachen, bei vom Regelfall abweichenden Leistungen gar bis zum 3,5fachen des Einzelsatzes. In letzterem Fall ist auf Verlangen des Patienten eine schriftliche Begründung vorzulegen.⁸ Die finanziellen Vorleistungen **kann** der Patient bei seiner Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Die Höhe der Erstattung richtet sich dabei nach dem individuellen Versicherungsvertrag (PKV) bzw. den allgemeinen Rechtsnormen (i.d.R. GKV).

⁶ Ausnahmen: Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen usw.

⁷ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2000) „Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden“, S. 2

⁸ Vgl. Ebenda S. 2-3

3. Kostenerstattung in der GKV

„Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.“⁹

Obwohl der Begriff Kostenerstattungsprinzip als charakteristisches Merkmal der PKV gilt, findet er auch in der GKV breite Anwendung. Die wesentlichen Abweichungen vom obigen Grundsatz der Sachleistungserbringung sollen im Folgenden aufgeführt werden.

3.1 Bisherige Einsatzfelder der Kostenerstattung in der GKV

Vor dem Hintergrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird kein Anspruch auf Vollständigkeit der nachfolgenden Darstellung erhoben.

- Nach § 13 Abs. 2 SGB V haben Freiwillig Mitglieder der GKV zusammen mit ihren nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen die Möglichkeit, anstelle von Sachleistungen die Variante der Kostenerstattung zu wählen. Genauere Regelungen werden durch die Satzung der jeweiligen Kasse bestimmt (Mindestlaufzeit, Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen). Die Arztwahl ist weiterhin auf Kassenärzte beschränkt, eine Kostenerstattung erfolgt lediglich in Höhe der Vergütung, die die Kasse bei Vergütung in Form von Sachleistungen zu tragen hätte. Die Möglichkeit, daß alle Versicherte, also auch die Pflichtmitglieder mit ihren jeweiligen Familienversicherten, von dieser Regelung Gebrauch machen können, räumte der Gesetzgeber lediglich mit dem 2. GKV-NOG ein (ab 01.07.1997), welche jedoch durch die neu gewählte rot-grüne Regierung im Rahmen des GKV-SolG Anfang 1999 wieder zurückgenommen wurde. Lediglich noch laufende Behandlungen genießen Bestandsschutz.
- Dem Versicherten entstandene Kosten für unaufschiebbare, notwendige Leistungen sind bei nicht rechtzeitiger Erbringung oder unrechtmäßiger Ablehnung durch die Kasse in voller Höhe zu erstatten.¹⁰

⁹ § 2 Abs. 2 SGB V

¹⁰ Vgl. § 13 Abs. 3 SGB V

- Entstehen dem Versicherten im Rahmen eines Auslandsaufenthalts unvermeidbare Behandlungskosten, werden dem Versicherten die Kosten erstattet, die bei Vergütung nach dem Sachleistungsprinzip in Geltungsbereich des SGB entstanden wären.¹¹
- Kostenerstattung findet weiterhin Anwendung im Bereich der Fahrkosten, Reisekosten, der ambulanten Badekuren und des Sterbegelds.
- Versicherte bekommen die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe erstattet.
- § 62 SGB V sieht eine Kostenerstattung im Rahmen der teilweisen Befreiung von Zuzahlungen und des Eigenanteils für Zahnersatz vor.

Die in § 44 ff. SGB V genannten Leistungen (Krankengeld) oder auch die Zahlung von Mutterschaftsgeld stellen zwar von der Natur der Leistung her eine Abweichung vom Sachleistungsprinzip dar, fallen aber trotzdem nicht in den Bereich der Kostenerstattung, da die Versicherten nicht finanziell in Vorlage treten müssen.

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Ausweitung der Kostenerstattung im SGB

Im Rahmen der Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung können die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durchführen oder vereinbaren. Inhalt dieser Erprobungsregelungen können sowohl Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten bzw. zur Krankenbehandlung als auch neue Verfahrens-, Finanzierungs-, Organisations- und Vergütungsformen sein, die zunächst auf maximal 8 Jahre begrenzt sind und eine wissenschaftliche Begleitung erfahren müssen. Dabei kann von geltenden Vergütungsformen abgewichen werden. Das Setzen finanzieller Anreize für die Versicherten ist ebenso möglich. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend.¹²

¹¹Vgl. § 17 SGB V

¹²Vgl. §§ 63-65 SGB V und Amelung, Volker Eric / Schumacher, Harald (2000), S. 46

4. Erfahrungen auf dem Gebiet der Kostenerstattung

Hinter dem Aspekt der Einführung der Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche der GKV verbergen sich im Wesentlichen zwei völlig verschiedene Ansatzpunkte, die sich in der jeweiligen Zielsetzung deutlich voneinander unterscheiden und dem „Steuerungsinstrument Kostenerstattung“ sehr unterschiedliche Funktionen verleihen.¹³

Beide Ansätze sollen nachfolgend kurz als Modell erläutert und jeweils mit Erfahrungen aus PKV und GKV mit Leben gefüllt werden. Die Erfahrungen im Bereich der GKV beschränken sich zum Großteil auf ein von der IKK Kreis Mettmann durchgeführtes Modellprojekt zur Kostenerstattung Anfang der 90er Jahre, dessen Repräsentativität zwar zu wünschen übrig läßt¹⁴, aber trotzdem klare Tendenzen erkennen läßt.

4.1 Der Ansatz Wettbewerbsfähigkeit

Ein wesentlicher Wettbewerbsfaktor liegt in der Qualität der medizinischen Behandlung. Nach allgemeiner Auffassung gilt die Behandlung als qualitativ hochwertiger, wenn Leistungserbringer und Patient untereinander die Höhe der Vergütung aushandeln und auch direkt miteinander abrechnen. Der negative Beigeschmack einer Standard-Behandlung für ein bestimmtes Versichertenkollektiv weicht einem individuellen Bild der Leistungsanspruchnahme.

Die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung für Freiwillige Mitglieder in der GKV zielt eindeutig auf potentielle PKV-Mitglieder, um diese von einem Wechsel in die PKV abzuhalten, indem ihnen gleiche Bedingungen - zumindest unabhängig von der Höhe der späteren Erstattung – wie einem Privatpatienten geboten werden sollen. Die Mitgliederakquise von PKV-Versicherten muß an diesem Punkt ausscheiden, denn eine Rückkehr unter das Dach der GKV ist nur noch durch den Wandel in den Status eines Pflichtversicherten möglich und deshalb indifferent zu vertrieblichen Aktivitäten. Das Steuerungsinstrument Kostenerstattung kann somit lediglich auf die Beeinflus-

¹³Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 15 und Müller, Joachim / Wasem, Jürgen (1987), S. 300-314

¹⁴Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 10-11

sung der Inanspruchnahme alternativer Formen des Versicherungsschutzes ausgerichtet sein.¹⁵

4.1.1 Erfahrungen in der PKV

Wenn in der öffentlichen Diskussion über mögliche Instrumente zur Steuerung oder Dämpfung der Kosten im deutschen Gesundheitssystem gesprochen wird, dann rückt fast ausschließlich die GKV in den Mittelpunkt. Dabei hat auch die PKV schon seit Jahren ein Kostenproblem. Auch 1999 setzte sich der Trend, daß die Aufwendungen mit 9,4% stärker stiegen, als Beitragseinnahmen in die Kasse flossen (+2,9%), fort.¹⁶ Diese nach Meinung der PKV unbefriedigende Erhöhung liege vor allem an den Kostensteigerungen für ambulante und stationäre Leistungen und weniger am Netto-Bestandszuwachs von etwa 150.000 Versicherten pro Jahr in der privaten Krankenvollversicherung.¹⁷

Diese Kostensteigerungen aber allein den Faktoren Qualitätssteigerung und Technischer Fortschritt zuzuschreiben wäre zu naiv. Auch die in Anspruch genommene Leistungsmenge stellt einen wesentlichen Kostenfaktor dar. Zwar ist das Angebot an privatärztlichen Leistungen wesentlich breiter gefächert als der für die GKV vorwiegend gesetzlich definierte Leistungskatalog (Heilpraktiker, IGEL-Liste, ...), eine Erstattung jedoch auch immer von der individuell gewählten Prämie abhängig. Für mehr Leistungen muß auch mehr bezahlt werden – und das zunächst einmal unabhängig von der Qualität der Leistung. Dazu kommt, daß es sich bei einem beträchtlichen Teil der angebotenen Leistungen um nicht versicherbare Konsumleistungen handelt und nicht um Krankheitsrisiken.¹⁸ Nach Aussage des Verbands für private Krankenversicherer setze sich ein Großteil dieser Kostensteigerungen aus der Tatsache zusammen, daß „niedergelassene Ärzte versuchen, finanzielle Einschränkungen im Kassenbereich durch höhere Honorarforderungen im Privatbereich zu kom-

¹⁵Jacobs, Klaus / Reschke, Peter (1993), S. 7-8 und S. 16

¹⁶Vgl. Pressemitteilung des Verbands der privaten Krankenversicherer, DIE WELT vom 11.09.1999, „Private Krankenversicherer beklagen Kostensteigerungen“, <http://www.welt.de/daten/1999/11/09/1109wi137079.htm>

¹⁷Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. „Rechenschaftsbericht 1999“, S. 1

¹⁸Vgl. Weber, Christian, DIE WELT vom 29.01.1998, „Marktwirtschaft bei Kassenarzt“, <http://www.welt.de/daten/1998/01/29/0129s168477.htm>

pensieren“. Dies geschieht vornehmlich in Bereichen, in denen Kostendämpfungsmaßnahmen nur erschwert Fuß fassen können.²⁰

Das in der PKV bestehende System zur Kostenerstattung liefert den Leistungsanbietern also den Anreiz, den persönlichen Nutzen durch Erhöhung der Behandlungsqualität sowie durch Ressourcenverschwendung beliebig zu erhöhen. Zwar ist bezüglich der Qualität mit einem stark abnehmenden Grenznutzen zu rechnen, der Ressourceneinsatz aber theoretisch bis ins Unendliche zu steigern. Eine Limitierung ist lediglich durch die Existenz staatlicher Aufsichtsbehörden zu erreichen, die zwar den Personalaufwand regulieren mögen, aber damit eine Verschiebung zugunsten der schlecht zu reglementierenden Sachmittel auslösen.²¹

Der Wettbewerbsvorteil Qualität **kann** also aus dem System der Kostenerstattung resultieren, solange der Versicherer laut Vertrag die vollen oder überwiegenden Kosten zu übernehmen hat. Bei steigendem Selbstbehalt für den Versicherten ist jedoch ein Interventionsverhalten des Patienten zu erwarten, die die Qualität der Behandlung sinken läßt. Alternative Formen des Versicherungsschutzes bzw. die Möglichkeit, den Versicherungsschutz individuell zusammenzustellen, als Wettbewerbsargument anzuführen, lassen sich dagegen nicht allein auf den Faktor Kostenerstattung zurückführen. Entscheidend ist auch die Art der Leistung und nicht, wie sie abzurechen ist. Der Wettbewerbsvorteil liegt in diesem Fall in der größeren individuellen Freiheit des Versicherten und der Deklaration als besonderes Privileg.²²

4.1.2 Erfahrungen in der GKV

Praktische Erfahrungen mit dem Thema Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche hat die GKV lediglich im Rahmen der sozialgesetzlichen Regelung vom 01.07.1997 bis zu 31.12.1998 und eines IKK-Modellprojekts im Landkreis Mettmann sammeln können. Eine wesentliche Grundlage stellte jeweils der Wettbewerbsaspekt dar, durch den versucht wurde, potentielle PKV-Mitglieder vor einem Wechsel in den privaten Versicherungsbereich zu hindern.²³

¹⁹Vgl. Pressemitteilung des Verbands der privaten Krankenversicherer, DIE WELT vom 05.11.1998, „Private erhöhen Prämien“, <http://www.welt.de/daten/1998/11/05/1105wi80782.htm>

²⁰Vgl. Pressemitteilung des Verbands der privaten Krankenversicherer, DIE WELT vom 11.09.1999, „Private Krankenversicherer beklagen Kostensteigerungen“, <http://www.welt.de/daten/1999/11/09/1109wi137079.htm>

²¹Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter (1997), S. 347

²²Vgl. Ifep-Imageanalyse der PKV, Ärzte-Zeitung vom 06.06.2000, „Viele freiwillig Versicherte bleiben lieber in der GKV“, <http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2000/06...801.asp>

²³Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 17

Es traten jedoch schnell Zweifel an der Ernsthaftigkeit des Projekts „Privatpatient in der GKV“ auf. In Wirklichkeit wurden die Sachleistungen lediglich in anderer Form, nämlich als sog. Sachleistungssurrogat zur Verfügung gestellt.²⁴ Den Leistungserbringern wurde zwar einerseits die Möglichkeit eingeräumt, wie bei Privatpatienten zu liquidieren, andererseits dem Versicherten aber die Leistungen ausschließlich im Wert der jeweiligen Sachleistung nach EBM bzw. BEMA-Z erstattet. Darüber hinaus wurden noch weitere Abschläge für Verwaltungsaufwand (-7%) und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (-10%) abgezogen. Der durchschnittliche Erstattungssatz der zur Erstattung eingereichten Rechnungen betrug demnach nur ca. 43%.²⁵

Wo bei dieser Konstellation nun der vertriebliche Vorteil liegt, ist nicht zu erkennen. Der Versicherte wird zum einen durch eine hohe indirekte Selbstbeteiligung stärker finanziell belastet als vorher, zum anderen wird die Qualität der Behandlung nicht unbedingt steigen, da der Patient versuchen wird, die unfreiwillige Selbstbeteiligung so gering wie möglich zu halten. Darüber hinaus bleibt der Versicherte an das Leistungsspektrum der GKV angekettet. Die aus Wettbewerbssicht gesehene wesentliche Möglichkeit, die Vorteile eines Privatpatienten zu nutzen - die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Ärzte mit Kassenzulassung - wurde mit dem 2. GKV-NOG wieder zurückgenommen, obwohl die Patienten gerade auf diese Möglichkeit sehr sensibel reagierten.²⁶

So nahmen an den Regelungen zur Kostenerstattung in der GKV in dieser Form lediglich Versicherte teil, die unter dem Prinzip der Kostenerstattung zwar eine qualitativ höherwertige Behandlung suggerierten, sich aber über die genauen Modalitäten gar nicht im klaren waren. Die über die Rahmenbedingungen aufgeklärten Versicherten nahmen an der Kostenerstattung in dieser Form nicht teil.²⁷

4.2 Ansatz Kostentransparenz und Leistungsinanspruchnahme

Die Steuerungswirkung von Kostenerstattung zielt vor dem Hintergrund der Kostentransparenz nicht auf die Unterstützung der vertrieblichen Haltearbeit für potentielle PKV-Versicherte, sondern ist auf eine rationellere und kostenbewußtere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten ausgerichtet.²⁸ Entschei-

²⁴ Vgl. Waggon, Andreas / Metzinger, Bernd (1998), S. 7

²⁵ Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 10

²⁶ Vgl. Ebenda, S. 44

²⁷ Vgl. Ebenda, S. 21

²⁸ Vgl. Ebenda, S. 16

dend dabei ist, daß sich die Zielgruppe nicht nur auf das Klientel der in der GKV freiwillig Versicherten beschränkt, sondern das gesamte Versichertenkollektiv angesprochen wird.

Als Kosten werden in diesem Zusammenhang zunächst die Kosten für den Versicherten verstanden – die Beiträge an die Krankenkasse (Arbeitnehmer- **und** Arbeitgeberanteil), die Summe der Selbstbeteiligungen und die der Selbstmedikation. Auf Basis marktökonomischer Grundannahmen kommt eine erhöhte Transparenz dabei steigenden Preisen gleich, die als Konsequenz zu einer sinkenden Nachfrage führen soll.²⁹

4.2.1 Erfahrungen in der PKV

Den schon in Punkt 4.1.1 angesprochenen Kostensteigerungen in der PKV wurde in der Vergangenheit mit unregelmäßigen Prämien erhöhungen vor allem bei den Vollkostentarifen begegnet.³⁰ Dies hat den Versicherten die Kosten ihrer Gesundheitsversorgung explizit vor Augen geführt. Aufgrund der Tatsachen, daß sowohl die Prämien nicht wie in der GKV durch begriffliche Bestimmungen z.T. intransparent gehalten werden³¹ als auch die Patienten i.d.R. finanziell in Vorleistung treten, d.h. die individuellen Kosten nicht nur kennen, sondern ihre Wirkung auch „am eigenen Leib erfahren“, scheint sich der marktökonomische Ansatz allerdings nicht zu behaupten.

Der Leistungserbringer erhält den Anreiz, seinen persönlichen Nutzen durch Steigerung der Behandlungsqualität und durch ineffizienten Ressourceneinsatz zu maximieren, während das finanzielle Risiko bei voller Kostenerstattung vollständig beim Versicherer liegt. Dem Patienten wird also kein Anreiz geliefert, auf die Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers zu achten, wobei dieser Aspekt durch das bestehende Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient zusätzlich erheblich erschwert wird. Auch bei steigenden Prämien, also Preisen, wird der Patient – Risikoaversion vorausgesetzt – Versicherungsschutz nachfragen. Gegenüber diesen persönlichen Kosten, die c.p. unabhängig von der Leistungsanspruchnahme anfallen, werden in einem individuellen Kosten-Nutzen-Kalkül jedoch auch die Kosten der Krankenversi-

²⁹Vgl. Herder-Dorneich, Philip (1984), S. 165

³⁰Vgl. Pressemitteilung des Verbands der privaten Krankenversicherer, DIE WELT vom 05.11.1998, „Private erhöhen Prämien“, <http://www.welt.de/daten/1998/11/05/1105wi80782.htm>

³¹Es wird z.B. der AG-Anteil von dem Begriff des Bruttolohns ausgespart (vgl. Herder-Dorneich, Philip (1984), S. 165)

cherung für den jeweiligen Versicherten herangezogen. Bei einem rational handelnden Menschen ist danach solange die Inanspruchnahme von kostentreibenden statt kostendämpfenden Leistungen zu erwarten, bis das individuelle Kosten-Nutzen-Profil positiv ist, d.h. die Versicherungsprämie geringer ist als der Wert der empfangenen Leistungen.³² Kostentransparenz durch Kostenerstattung in Reinform führt ergo zu einer Leistungsanspruchnahme, die den Versicherer zwingt, die Prämien stetig zu erhöhen – und das war in den letzten Jahren ja bekanntlich der Fall.

Einzig für den Bereich des Case Managements bietet das System der Kostenerstattung dem Versicherer Vorteile einer optimaleren Rechnungsprüfung der abgerechneten Leistungen, was jedoch einer Steuerung der Leistungsanspruchnahme ex ante nicht gerecht werden kann.

4.2.2 Erfahrungen in der GKV

Obwohl die oben schon angesprochene empirische Untersuchung der Kostenerstattung für alle Leistungsbereiche der IKK Mettmann von der Repräsentativität her eher fraglich erscheint und die Kostenerstattungsregelung nur ansatzweise mit der der PKV zu vergleichen ist, läßt sie dennoch tendenzielle Rückschlüsse zu.

Die Behandlung der Teilnehmer der Erprobungsregelung als „Privatpatienten“ und die entsprechende privatärztliche Liquidation bedeutet aus volkswirtschaftlicher Sicht zunächst erhebliche Mehrausgaben, die zum Großteil außerhalb der GKV finanziert werden – in der Regel durch den Abschluß einer privaten Zusatzversicherung, welche alle nicht von der GKV erstatteten Kosten übernimmt. Aufgrund der erheblichen Unterschiede im Vergütungsniveau zwischen Arztrechnung und Erstattungsregelung ist nicht davon auszugehen, daß allein Verhaltensänderungen zu Netto-Einsparungen bei den volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben führen.³³ Diese These hat sich in dem Modellprojekt der IKK sehr deutlich herauskristallisiert: Kostenerstattung in dieser Form bewirkt keine Anreize zu einer kostengünstigen Leistungserbringung und – sparenden Inanspruchnahme.³⁴ Durch die Betrachtung einer Kontrollgruppe von alters- und geschlechtsspezifischen Merkmale bereinigt, konnten die überdurchschnittlich hohen (erstattungsfähigen) Ausgaben auf überdurchschnittlich

³²Vgl. Herder-Dorneich, Philip (1984), S. 166

³³Vgl. Jacobs, Klaus / Reschke, Peter (1993), S. 18-19

³⁴Vgl. Ebenda, S. 18

hohe Kosten je Arztkontakt zurückgeführt werden, wobei lediglich bei den verordneten Arzneimitteln aus Apotheken keine Auffälligkeiten festgestellt werden konnten.³⁵ Der in § 63 SGB V angesprochene Grundsatz der Beitragssatzstabilität kann mit einer Kostenerstattung in dieser Form also nicht erzielt werden, sondern lediglich die Kontrolle der Leistungserbringer gegenüber dem bisherigen System der Sachleistungsgewährung durch den Versicherer erhöhen.

³⁵Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 43 ff.

5. Fazit – Kostenerstattung als Steuerungsinstrument ?

Kostenerstattung als Steuerungsinstrument verfolgt also zwei unterschiedliche Ansätze: den wettbewerblichen und den der verminderten Leistungsanspruchnahme bzw. Kostendämpfung durch Kostentransparenz.

Der Wettbewerbsansatz kann sich aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen ausschließlich auf das Klientel der potentiellen und aus der GKV abwanderungswilligen PKV-Mitglieder beschränken – pro Jahr ist diese Zielgruppe etwa auf 150.000 Versicherte zu beziffern.³⁶ In Relation zu der Gesamtzahl der über 51.000.000 GKV-Mitglieder³⁷ ist jedoch dieser versichertenorientierte Steuerungsansatz von Leistungsausgaben im Rahmen von Managed Care verschwindend gering, so daß von einem ganzheitlichen und wirksamen Steuerungsinstrument für die GKV kaum gesprochen werden kann und sich von vornherein auf die Kreise wahlberechtigter Personen begrenzt, für die sich risiko- und einkommensbedingt keine deutlichen Beitragsunterschiede bei einer Mitgliedschaft in PKV bzw. GKV ergeben würden.³⁸ Darüber hinaus ist auch nur dann ein Wettbewerb zwischen beiden Systemen überhaupt möglich, wenn beide Systeme sich auch in der übrigen Gestaltung des Leistungs- und Beitragssystems annähern³⁹ und die rechtlichen Möglichkeiten zum beiderseitigen Versicherungswechsel geschaffen werden.

Der Ansatz der Kostentransparenz und daraus resultierend der sinkenden Leistungsanspruchnahme hingegen setzt bei der Gesamtheit der GKV-Versicherten an, womit eine wesentliche Voraussetzung für einen wirklich merkbaren Steuerungsansatz zunächst erfüllt wäre. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, daß dieser Ansatz zwar merkbar ist, unter dem Strich aber in eine vollkommen falsche Richtung läuft: Da Kosten keine objektive Größe sind, sondern einem gestalterischem Spielraum unterliegen⁴⁰, werden die Leistungserbringer versuchen, Einnahmeverluste durch bestehende Budgetregelungen als Kassenarzt oder den von der KV bzw. KZV

³⁶Nettozugang bei der Krankenvollversicherung aus dem System der GKV (vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. „Rechenschaftsbericht 1999“, S. 1)

³⁷Vgl. BMG „Marktanteile der Krankenkassen nach Mitgliedern“, <http://www.aok.de/bundesverband/wuu/fakten/marktanteile.html>

³⁸Vgl. Gitter, Wolfgang / Oberender, Peter (1987), S. 51-52

³⁹Vgl. Dröge, Jürgen (1991), S. 162

⁴⁰Vgl. Amelung, Volker Eric / Schumacher, Harald (2000), S.93

initiierten lokalen Verdrängungswettbewerb durch persönliche Nutzenmaximierung zumindest auszugleichen. Als Kostentreiber fungieren hierbei vor allem der Grad der Behandlungsqualität, die Verschwendung von Ressourcen, das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient⁴¹, die fehlenden Wirtschaftlichkeitsanreize bei der privatärztlichen Liquidation oder eine breite angebotsinduzierte Nachfrage durch den Einsatz neuer medizinischer Technologien. Dieser Fehlanreiz findet sich nachweislich in den steigenden volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung wieder.

Ein weiterer Fehlanreiz der Kostenerstattung basiert auf der Aufdeckung der Umlagerationalität, die sich kostensteigernd auswirken kann.⁴² Der marktökonomische Ansatz erscheint nur bei der Berücksichtigung der persönlichen Gesundheitskosten (d.h. Beiträge, Selbstbeteiligungen, Selbstmedikation) logisch: Hohe Gesundheitskosten führen zu einer Einschränkung der Nachfrage von Gesundheitsleistungen.

In der Betrachtungsweise der Kollektivgüterökonomik ist der Zwangsbeitrag für die Krankenversicherung jedoch kein Preis, sondern eine Umlage, bei der nicht der Zugang der Nachfrage über den Preis im Mittelpunkt steht, sondern der Abgang der Nachfrage entscheidend ist. Auch wer nicht nachfragt, zahlt die volle Umlage. Bei gleichzeitiger Kostentransparenz der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen tritt jedoch die persönliche Anspruchsmentalität in den Vordergrund – der Versicherte verhält sich umlagerational. Bei steigender finanzieller Belastung durch die Beiträge entwickelt er ein persönliches Kosten-Nutzen-Kalkül, welches er so lange zu optimieren versucht, bis der Nutzen im Wert größer ist als die Kosten.⁴³

Einen persönlichen Beitrag für das Kollektiv in Form eines Leistungsverzichts zu leisten, läuft darüber hinaus der individuellen Rationalität des Versicherten zuwider. Ein Leistungsverzicht bedeutet eine infinitesimal geringe Beitragssenkung für das Kollektiv⁴⁴, auf der anderen Seite aber einen hohen persönlichen Nutzenverlust. An einer zurückhaltenden Leistungsinanspruchnahme aller Beteiligten partizipiert er also auch

⁴¹Die Vergangenheit hat in der PKV gezeigt, daß Versicherte lieber eine überhöhte Rechnung bezahlen, als sich mit ihrem Arzt zu streiten. Der Versicherer hat bei dieser Konstellation keinerlei Interventionsmöglichkeit auf der Leistungserbringenseite.

⁴²Vgl. Herder-Dorneich (1984), S. 167

⁴³Vgl. Ebenda, S. 165-166; Dieses Verhalten wird auch als Moral-Hazard-Verhalten bezeichnet. Dem gegenüber steht jedoch das System der Kostenintransparenz nach dem Sachleistungsprinzip, in dem der Patient bei voller Kostendeckung suggeriert, dass Gesundheitsleistungen zum Nulltarif abgegeben werden (Freerider-Verhalten (vgl. auch Oberender, Anja (1996), S. 111)

⁴⁴da die Einsparungen auf alle Beteiligten umgelegt werden

ohne einen persönlich Beitrag zu leisten⁴⁵. Der Widerspruch zwischen kollektiver und individueller Rationalität wird auch als „Rationalitätenfalle“⁴⁶ bezeichnet, der eine Beitragssatz-Anspruchs-Spirale in Gang setzt: Im Zuge der steigenden Inanspruchnahme steigen die Beitragssätze, was zu steigenden Ansprüchen führt und dann wiederum eine höhere Inanspruchnahme und damit wachsende Ausgaben bewirkt, was wiederum steigende Beitragssätze auslöst.⁴⁷

Diese Faktoren führen zusammen mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen für privatärztliche Liquidationen und Erstattungsregelungen in der GKV zu einem Honoradrift, also der Nichtdeckung zwischen Erstattungsleistung und individuell abgerechnetem Honorar, was einer indirekten Selbstbeteiligung gleichkommt. Dies hat vor allem für die unteren Einkommenschichten folgenschwere Konsequenzen: Die notwendige Liquidität kann nur sehr teuer beschafft werden – Umverteilungseffekte sind die Folge.⁴⁸ Über Sinn und Unsinn dieser Effekte mag an anderer Stelle diskutiert werden, festzuhalten bleibt jedoch, daß derartige Folgen weder Aufgabe der Sozialversicherung noch erwünscht sind. Kostenerstattung verliert in diesem Fall die eigenständige Steuerungswirkung und ist nur noch Voraussetzung dafür, daß sich Selbstbeteiligung frei am Markt bildet. Das eigentliche Steuerungsinstrument ist dabei die Selbstbeteiligung⁴⁹, die allerdings vom Ausmaß her nicht kontrolliert werden kann. Leidtragende wären sozial Schwache und chronisch Kranke mit einer überdurchschnittlichen hohen finanziellen Belastung. Aus diesem Grund ist eine Selbstbeteiligung in dieser Form für eine soziale Krankenversicherung indiskutabel. Erscheint eine Selbstbeteiligung sinnvoll, dann nur als direkte Selbstbeteiligung und nicht über die freie Preisbildung am Markt. Die Untersuchung der Steuerungswirkung von Selbstbeteiligungen für die GKV bedarf jedoch einer eigenständigen Analyse.

Nach Herder-Dorneich haben also Kostenerstattungsverfahren den Nachteil,

- daß sie sehr teuer sind,
- daß sie die Umlagerationalität aufdecken und damit kostensteigernd wirken können,

⁴⁵ Dieses Verhalten wird auch als Freerider-Verhalten bezeichnet

⁴⁶ Vgl. Herder-Dorneich (1984), S. 166

⁴⁷ Vgl. Oberender, Anja (1996), S. 111

⁴⁸ Vgl. Herder-Dorneich (1984), S. 166 - 167

⁴⁹ Vgl. Ebenda, S. 167

- daß sie lediglich auf die Liquidität abzielen, was zu unerwünschten Umverteilungseffekten führt,
- daß sie eine Honorardrift auslösen können, die sich zu einer nicht tragbaren Form von Selbstbeteiligung hin entwickelt.

In der Konsequenz bedeutet dies, daß Kostenerstattung in dieser Form aufgrund der Vielzahl an Fehlanreizen im Bereich der Leistungsanspruchnahme und der Untauglichkeit als wirksames Wettbewerbsinstrument der GKV als versichertenorientiertes Steuerungsinstrument ausscheiden muß. Auch die Deckelung der Honorare oder die Anrechnung auf die bestehenden Versorgungsbudgets zeugen eher von temporärer Ideenlosigkeit, da die hohen Privathonorare sehr schnell die vorgegebenen Gesamtkosten erreichen werden und die darauffolgende Behandlung von Kassenpatienten zum Nulltarif zu erfolgen hätte. Ein Faktor, bei dem wohl auch die Fraktion der Leistungserbringer ihren Unmut äußern würde.

Kostenerstattung als Ganzes aber als untauglich zu brandmarken, ginge einen Schritt zu weit. Neben der Kostentransparenz für und der Leistungs- bzw. Rechnungskontrolle durch den Krankenversicherer im Rahmen eines individuellen Case Management kann (Teil-)Kostenerstattung in Kombination mit „echten“ Steuerungsinstrumenten wie bestimmten Formen von Selbstbeteiligung oder Beitragsrückgewähr ein sinnvolles oder sogar notwendiges Nebeninstrument darstellen, damit sich die eigentlichen Steuerungsinstrumente in ihrer erwünschten Wirkung voll entfalten können.⁵⁰ Wie solche Modelle im einzelnen aussehen können, bedarf jedoch separaten Untersuchungen.

Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, daß sich das Bild vom mündigen, konsumsouveränen Bürger im Gesundheitswesen⁵¹ ebenso nicht als pauschale Grundlage für eine Reform der GKV verwenden läßt wie die Auflösung des kollektiven Vertragsrechts, d.h. dem Verzicht auf eine vereinbarte Gesamtvergütung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern, zugunsten einer generellen Kostenerstattung. Vielmehr sollte auch über eine sinnvolle Veränderung des Sachleistungssy-

⁵⁰Vgl. IKK-Bundesverband (1994), S. 64-65; Es läßt sich z.B. über die Kostenerstattung ein System der Selbstbeteiligung besser installieren als bei der Sachleistungsgewährung.

⁵¹Vgl. Müller, Joachim / Wasem, Jürgen, S. 303-304

stems oder des Finanzierungsverfahrens der GKV⁵² nachgedacht werden, die auf einer an der Beitragsstabilität orientierten Ausgabenentwicklung basieren und die Belange der chronisch kranken und sozial schwachen Versicherten explizit berücksichtigen.

Unter gewissen Parametern **kann** Kostenerstattung in einigen Teilbereichen der Versorgung sicherlich effizienter wirken, doch letztlich ist Kostenerstattung immer gleichbedeutend mit der Aufgabe des kollektiven Vertragsrechts und ergo dem Verlust von versichertenorientiertem Steuerungspotential bei den Leistungserbringern⁵³, was sich vor allem im Bereich der Kostenkontrolle und natürlich auch –dämpfung durch die Versicherer nachhaltig negativ auswirken würde.

⁵²Als Alternative würde sich das in der PKV verwendete Kapitaldeckungs- bzw. Anwartschaftsdeckungsverfahren anbieten, in der die Versicherten ihre individuellen Rücklagen bilden und so zumindest eine Abkopplung von der demographischen Entwicklung erreicht werden könnte.

⁵³Vgl. Ebenda, S. 310-312

6. Literaturverzeichnis

Ärzte-Zeitung, Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH, Neu-Isenburg

Amelung, Volker Eric / Schumacher, Harald (2000): „Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement“, Gabler Verlag, Wiesbaden, 2.Auflage

Arbeit und Sozialpolitik, „Kostenerstattung in der GKV – Ergebnisse einer Erprobungsregelung“, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, Ausgabe 7-8 / 1993

Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter (1997): „Gesundheitsökonomie“, Springer-Verlag, Berlin, 2. Auflage

Bundesministerium für Gesundheit, „Marktanteile der Krankenkassen nach Mitgliedern“, Stand: 01.01.2000, Berlin, in: Internetauftritt des AOK-Bundesverbands, www.aok.de

„Die Gebührenordnung für Ärzte – Ein kleiner Leitfaden“, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln

DIE WELT, Springer-Verlag, Berlin

Dröge, Jürgen (1991): „Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland“, in: Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Band 16, Transfer Verlag GmbH, Regensburg, 1. Auflage

Gitter, Wolfgang / Oberender, Peter (1987): „Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV“, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1. Auflage

Hajen, Leonhard / Paetow, Holger / Schumacher, Harald (2000): „Gesundheitsökonomie“, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 1. Auflage

IKK-Bundesverband (1994): „Kostenerstattung in der GKV – Erprobungsregelung in der IKK für den Kreis Mettmann“, Bergisch-Gladbach

Oberender, Anja (1996): „Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung – eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs“, in: Schriftenreihe des Instituts für Allgemeine Wirtschaftsforschung der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Rudolf Haufe Verlag, Freiburg i. Br., 1. Auflage

„Pressemitteilung zum Rechenschaftsbericht 1999“, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln

SGB – Sozialgesetzbuch mit aktuellen Nebengesetzen, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, Stand: Juni 2000

Sozialer Fortschritt, „Mehr Transparenz in der GKV – Ein Schlüssel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ?“, Duncker & Humboldt, Berlin und München, Ausgabe 7 / 1984

Weiss, Mario (1997): „Gesundheitsmanagement – Konzepte und Werkzeuge für Gestalter und Werkzeuge“, Chapman & Hall GmbH, Weinheim, 1. Auflage

Woggon, Andreas / Metzinger, Bernd (1998): „Ausweitung der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V auf alle gesetzlich Krankenversicherten“, in: Die Leistungen, Asgard-Verlag, Sankt Augustin, Ausgabe Januar 1998

Zeitschrift für Sozialreform, „Kostenerstattung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – sozial- und gesundheitspolitisch vertretbare Alternative zum Sachleistungsprinzip ?“, Verlag Chmielorz, Wiesbaden, Ausgabe 5 / 1987

7. Erklärung zur Haus-/Diplomarbeit gemäß § 26 Abs. 6 DiplPrüfO

Hiermit erkläre ich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus fremden Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift