

Offene Befragung der GEW Mitglieder zur Sachleistungsbeihilfe im Sommer/Herbst 2020 - Ergebnisse -

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Einführung | 1 |
| 2. Allgemeine Daten | 2 |
| 3. Wege in die GKV | 3 |
| 4. Allgemeine Positionierung der Teilnehmenden | 3 |
| 5. Kostenerstattung | 4 |
| 6. Bürokratie | 6 |
| 6.1. Probleme der Antragsteller:innen mit den Leistungserbringenden | 7 |
| 6.2. Probleme der Antragsteller:innen mit den Kassen | 7 |
| 6.3. Probleme der Antragsteller:innen mit der Beihilfestelle | 8 |
| 7. Fehlanreize des Systems | 9 |
| 8. Informationsdefizite | 9 |
| 9. Zusätzliche medizinische Leistungen | 10 |
| 10. Fazit | 10 |

1. Einführung

Freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert Beamtinnen und Beamte¹ müssen den vollen Beitragssatz leisten, während sich bei Tarifbeschäftigten Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitragssatz teilen. Einige wenige Bundesländer – mit der Stadt Hamburg als Vorreiterin – haben in jüngster Zeit die sogenannte „pauschale Beihilfe“ eingeführt. Diese sieht für GKV-Versicherte² einen pauschalen Zuschuss in Höhe eines Arbeitgeberbeitrages vor.

¹ Dies trifft selbstverständlich auch für die Versorgungsempfängerinnen und -empfänger zu. Die folgenden Ausführungen schließen diese immer mit ein. Aus Gründen des Leseflusses wird auf die wiederholte Nennung im Text verzichtet.

² Die „pauschale Beihilfe“ kann aber auch von privat Versicherten beantragt werden.

Anders als in allen anderen Bundesländern oder beim Bund besteht für freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte in Hessen allerdings die Möglichkeit, Sachleistungsbeihilfe (SLB) zu beantragen, wenn medizinische Leistungen erbracht wurden. Die hessische SLB ist in Höhe des halben Beitragssatzes gedeckelt. Insofern besteht also auch jetzt schon in Hessen die Möglichkeit, dass der Kostenaufwand bei den Krankenkassenbeiträgen für die betroffene Beschäftigtengruppe unter bestimmten Voraussetzungen teilweise – in bestimmten Fällen auch gänzlich – aufgefangen werden konnte. Die vom DGB Hessen-Thüringen geforderte Einführung einer pauschalen Beihilfe hat das Innenministerium mit Hinweis auf die SLB zurückgewiesen. Die SLB sei in Hinblick auf ihre finanzielle Wirkung für die Beschäftigten ausreichend, die pauschale Beihilfe hingegen mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden.

Das TBB-Referat und die Rechtsstelle der GEW Hessen haben in diesem Kontext im Frühjahr 2020 die betroffenen Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit der SLB befragt. Dies war nur über einen entsprechenden Aufruf in der Mitgliederzeitschrift der hessischen GEW (HLZ im Mai 2020, mit zwei späteren „Erinnerungen“) möglich, da aus den vorliegenden Mitgliederdaten nicht hervorgeht, welche Mitglieder der adressierten Gruppe angehören. Bereits in der März-Ausgabe der HLZ war über das „Hamburger Modell“ der „pauschalen Beihilfe“ berichtet worden. Die Formulierungen der vier Orientierungsfragen waren zum Teil offen gestaltet. Insgesamt sollte die Fragestellung keine allzu hohe Hürde für die Beantwortung aufrichten, weshalb auf detailliertere Fragen verzichtet wurde. Der Fragetext lautete:

„Wir bitten alle Mitglieder, die als Beamtin und Beamter in der GKV versichert sind, uns schriftlich über ihre positiven wie negativen Erfahrungen mit der Sachleistungsbeihilfe zu berichten, wobei die folgenden Fragen zur Orientierung dienen: Gelingt es, mit der Sachleistungsbeihilfe die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge zurück zu bekommen? Wenn nein, wie hoch liegt in etwa der Prozentanteil (aktuell und über einen längeren Zeitraum betrachtet)? Werden medizinische Leistungen in Anspruch genommen, die außerhalb der Sachleistungsbeihilfe beihilfefähig sind (Brillengläser, Zahnersatz, Wahlleistungen im Krankenhaus, Heilpraktikerinnen)? Welche sonstigen Probleme bestehen – etwa auch bei Pensionärinnen und Pensionären – im Zusammenhang mit der Sachleistungsbeihilfe? Wie wäre eine pauschale Beihilfe im Vergleich zur Sachleistungsbeihilfe zu bewerten?“

Erbeten wurden schriftliche Berichte per Brief oder per E-Mail bis zum Ende der Sommerferien. Es trafen auch danach noch Berichte ein, die in die Auswertung einbezogen worden sind.

2. Allgemeine Daten

Der quantitative Umfang der betroffenen Beschäftigtengruppe in Hessen kann nicht genau bestimmt werden. In der Antwort auf eine kleine Anfrage, in der die SLB thematisiert wurde, gab das hessische Innenministerium 2010 die Quote der Anträge von freiwillig in der GKV Versicherten mit 7 Prozent (ohne Mitversicherte) in Bezug auf alle Beihilfeanträge an.³ In einer Anhörung der Hamburger Bürgerschaft zur Einführung der pauschalen Beihilfe in der Hansestadt bezifferte ein Experte mit Verweis auf Auswertungen des (bundesweiten) „Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)“ den Anteil der in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamte mit 15 Prozent.⁴ Die Begründung für ein Gesetz zur Einführung der pauschalen Beihilfe in Berlin nannte Anfang 2020 13 Prozent als Anteil der aktiven Beamtinnen und Beamten, die in der GKV versichert seien. Die Quote der Versorgungs-

³ Hessischer Landtag: Drucksache 18/2612, Kleine Anfrage der Abgeordneten Frömmrich et al. zur Entwicklung der Beihilfe und Antwort vom 16.08.2010, S. 2.

⁴ Stefan Etgeton (Bertelsmann-Stiftung), Protokoll/Wortprotokoll der öffentlichen Sitzung des Unterausschusses „Personalwirtschaft und Öffentlicher Dienst“ vom 15. Februar 2018, Nr. 21/5, S. 4.

empfänger:innen wurde deutlich höher eingeschätzt.⁵ In Hessen kann daher der Anteil der in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamten auf 10 bis 15 Prozent abgeschätzt werden.

Aufgrund des Aufrufes in der HLZ hatten im Sommer/Herbst insgesamt 49 Kolleginnen und Kollegen geantwortet. Darüber hinaus wurden noch zwei schriftliche Berichte einbezogen, die dem DGB nach einer Veranstaltung im Januar 2020 zugegangen sind, in denen vergleichbare Fragestellungen erörtert wurden. Die Zahl der Antworten insgesamt liegt deutlich über dem, was seitens der Aufrufenden erwartet worden war. Bereits dies macht deutlich, dass das Thema „Sachleistungsbeihilfe“ vielen unter den Nägeln brennt.

Außer in vier Fällen konnte den Teilnehmenden ein Alter zugeordnet werden: Das Durchschnittsalter betrug 58,4 Jahre, der Medianwert 60 Jahre. Soweit identifizierbar waren 20 Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen in der Gruppe vertreten. Es antworteten 26 Frauen und 24 Männer.

Quantität und Qualität der Auskünfte unterschieden sich erheblich. Der Umfang der Antworten variierte von wenigen E-Mail-Zeilen bis hin zu einer über zehneitigen Darlegung, wobei in den allermeisten Fällen die Texte nicht über eine zweidrittel Seite hinausgingen.

3. Wege in die GKV

Explizit war nicht danach gefragt worden, aus welchem Grund die betroffenen Kolleginnen und Kollegen Mitglied der GKV sind. Trotzdem hat sich rund ein Drittel der Teilnehmenden dazu geäußert. Deutlich wurde dabei, dass oft mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Zwar stellt für chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderung (bzw. Beschäftigte, die Familienangehörige mit Behinderungen haben) dieser Umstand einen wichtigen Faktor dar, sich nicht privat zu versichern bzw. sich nicht privat versichern zu können. Und diese Gruppe macht sicherlich einen bedeutenden Teil der freiwillig in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamter aus. Aber von mehreren Antwortenden wurden andere, z.B. berufsbiografische Gründe genannt (später Berufseinstieg, Unsicherheiten darüber, ob man im Beruf auf Dauer bleiben möchte), warum sie freiwillig in der GKV versichert sind. Auffällig war auch, dass mehrere Personen angaben, aus politisch-ethischen Gründen die GKV zu präferieren (solidarisches System, Ablehnung des „Zwei-Klassen-Systems“). Die Familienmitversicherung wurde vereinzelt ebenfalls als ein Grund für die freiwillige Versicherung in der GKV angeführt.

4. Allgemeine Positionierung der Teilnehmenden

Es kann kaum verwundern, dass die übergroße Mehrheit der Teilnehmenden sich für die Ablösung des bisherigen Systems der Sachleistungsbeihilfe durch eine pauschale Beihilfe aussprach: Es dürften sich auch vor dem Hintergrund der vorangegangenen positiven Berichterstattung in der HLZ zur pauschalen Beihilfe („Hamburger Modell“) insbesondere diejenigen der Mühe einer schriftlichen Meinungsäußerung unterzogen haben, die mit dem derzeitigen System besonders unzufrieden sind. Lediglich zwei Personen haben sich für die Beibehaltung der derzeitigen Regelung ausgesprochen. Die eine Person begründete dies damit, dass es mit der SLB keine Probleme gäbe. Die andere Person äußerte die Befürchtung, mit Einführung einer pauschalen Beihilfe könne die Abrechnungsmöglichkeit für medizinische Leistungen außerhalb des GKV-Kataloges wegfallen.

Die wichtigsten von den Befürworterinnen und Befürwortern genannten Gründe für eine pauschale Beihilfe waren (quantitativ in etwa als gleichwertig zu bewerten):

1. geringere finanzieller Belastung der freiwillig in der GKV Versicherten;

⁵ Abgeordnetenhaus Berlin: Drucksache 18/2436 vom 22.01.2020, Vorlage – zur Beschlussfassung –, Gesetz zur Einführung der pauschalen Beihilfe, S. 3.

2. Vermeidung eines umfänglichen bürokratischen Aufwandes;
3. gerechtere Behandlung in Bezug auf andere Beschäftigtengruppen;
4. mangelnde Gerechtigkeit innerhalb des SLB-Systems.

Einzelne Rückmeldungen enthielten noch weitere Argumente: So wurde etwa die Planungssicherheit in finanzieller Hinsicht genannt, da im System der SLB das Jahreseinkommen stark variieren und von meist zufälligen Ereignissen abhängen kann. Die Möglichkeit, Bürokratie abzubauen, wurde auch als positive Option für den Dienstherrn gesehen.

Auf den 1., 2. und 4. Punkt wird weiter unten noch genauer einzugehen sein. Der Eindruck, durch die SLB in ungerechter Weise benachteiligt zu werden, wurde vor allem im Vergleich mit privat versicherten Beamtinnen und Beamten thematisiert. Die dabei typische Überlegung lautete: Es besteht nur ein Anspruch auf schlechtere bzw. weniger Leistungen als in der PKV, aber die finanziellen Aufwendungen sind (zum Teil) höher als für die PKV – und im Vergleich mit Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die nur den halben Beitragssatz zahlen müssen.

Zwar war nicht zu erwarten, dass das Thema Gerechtigkeit auch in Hinblick auf jene breiter thematisiert wird, die in anderen Bundesländern als Beamtinnen und Beamte in der GKV weder Anspruch auf pauschale Beihilfe noch auf SLB haben. Aber bemerkenswerterweise fand sich in keiner Äußerung auch nur ein einziges Wort hierzu. Genau dies ist aber eines der zentralen Argumente der Landesregierung: Die betroffene Beschäftigtengruppe in Hessen sei durch die SLB gegenüber vergleichbaren Beschäftigten in den meisten anderen Bundesländern besser gestellt, weshalb – so die Schlussfolgerung – die Einführung einer pauschalen Beihilfe in Hessen nicht notwendig sei. Die in unserer Umfrage genannten Vergleiche mit anderen beziehen sich aber immer auf praktisch greifbare Alternativen aus dem eigenen (kollegialen) Umfeld. Daher geht das genannte Argument des Dienstherrn ins Leere: Für eine große Zahl der Betroffenen ist der Vergleich mit anderen Bundesländern ohne Bedeutung für ihre Einschätzung, ob der Dienstherr sie „gerecht“ oder „ungerecht“ behandelt.

5. Kostenerstattung

Die Fragestellung zum Umfang der Kostenerstattung war nicht standardisiert. Wir wollten vermeiden, dass die Befragten durch auf genaue Zahlen abzielende Fragen, die umfangreiche und detaillierte Recherchen notwendig gemacht hätten, von einer Teilnahme an der Befragung abgehalten werden. Deshalb sind die uns mitgeteilten Informationen zu diesem thematischen Komplex in Hinblick auf Zeiträume und Detailgenauigkeit sehr unterschiedlich. Das Spektrum reicht von mehreren Kollegen und Kolleginnen, die genaue Aufstellungen über längere Zeiträume (bis zu knapp 25 Jahre) inklusive erläuternder Anmerkungen erstellt haben, bis hin zu kurzen Allgemeinschätzungen in einem Satz.

Keine Person, die auf unseren Aufruf reagiert hat, gibt an, dass sie über einen längeren Zeitraum von mehr als zwei bis drei Jahren 50 Prozent oder annähernd 50 Prozent der GKV-Beiträge zurückerhalten hätte. Das mag, wie gesagt, nicht überraschend sein: Beschäftigte, die dauerhaft fast 50 Prozent der GKV-Beiträge zurückbekommen, sind vermutlich mit dem derzeitigen System in finanzieller Hinsicht zufriedener als diejenigen, die bei den Erstattungen weit zurückbleiben. Erstere haben deshalb vielleicht nicht geantwortet.

Deutlich wird bei den gesammelten Daten allerdings, dass von sehr vielen Beschäftigten nur ein kleiner Bruchteil der Beiträge für die GKV über die SLB wieder erstattet wird. Das gilt selbst dann, wenn es sich um Vier-Personen-Haushalte handelt, in denen auch noch bei einer Person eine chronische Erkrankung vorliegt (jahresdurchschnittlicher Erstattungsbetrag: 20 Prozent der GKV-Beiträge) – oder wenn eine schwere Behinderung vorliegt, die die Aufnahme in die PKV vereitelte (10 Prozent), oder wenn eines von drei Kindern behindert ist (in der Regel zwischen 12 Prozent und 45

Prozent)⁶. Immerhin gelingt es in solchen und ähnlichen Fallkonstellationen den Betroffenen, in vereinzelt Jahren die 50 Prozent zu erreichen. Insgesamt bleiben aber die Hinweise auf Rechnungsjahre, in denen der Erstattungsbetrag voll ausgeschöpft werden konnte, überraschend gering: Nur 13 Antwortende gaben an, dass dies mindestens in einem der vergangenen Jahre gelungen sei, wobei es in vier Fällen offenbar mehrere solcher Jahre gab. Überwiegend stand dies im Zusammenhang mit stationären Operationen. In einzelnen Fällen lag dem eine Kur-/Rehamaßnahme zugrunde, einmal wurde eine Geburt als Grund genannt. Aber nicht jeder Krankenhausaufenthalt reicht aus, um im betreffenden Jahr auf 50 Prozent Rückerstattung zu kommen.

In 29 Antworten wurden entweder genaue Angaben über Durchschnittswerte (zum Teil über lange Zeiträume hinweg) gemacht oder genaue Schätzungen angegeben. Der durchschnittliche Anteil der Erstattungen durch die SLB gemessen an den gesamten GKV-Kosten (ohne Pflegeversicherung) lag dabei über jeweils unterschiedlich lange Zeiträume

bei über 30 Prozent: in 3 Fällen

zwischen 20 Prozent und 30 Prozent: in 9 Fällen

zwischen 10 Prozent und 20 Prozent in 8 Fällen

und unter 10 Prozent: in 9 Fällen.

Darüber hinaus äußerten sich insgesamt 14 Personen zu diesem Themenkomplex (die restlichen machten überhaupt keine Angaben zur finanziellen Seite), ohne allerdings konkrete Summen zu nennen. Bei 12 davon muss aufgrund der Formulierung angenommen werden, dass die Erstattungsquoten sehr gering sind („ich kann überhaupt nicht davon profitieren“, „ich bekomme 100 Euro im Jahr zurück“, „nicht einmal im Ansatz die Hälfte“, „habe sehr selten ärztliche Hilfe in Anspruch genommen“). Bei zwei dieser Antworten ist anzunehmen, dass die Erstattungen höher sein könnten („komme nur sehr selten auf 50 %“ usw.). Bei vereinzelt Beschäftigten besteht rechtlich kein Anspruch auf SLB, weil ein Zuschuss der Rentenversicherung für die GKV gezahlt wird. Insofern ist davon auszugehen, dass rund 29 Personen, die geantwortet haben, unter 20 Prozent der GKV-Beiträge im Durchschnitt über die SLB zurück erhalten und 14 Personen mehr als 20 Prozent.

Bei geringen und sehr geringen Rückerstattungsquoten wurden meist die eigene gute Gesundheit und das seltene Aufsuchen von Ärzten und Ärztinnen als Begründung dafür angeführt. Mehrfach wiesen die Teilnehmenden aber auch darauf hin, dass bei kleineren Beträgen keine Anträge gestellt oder mögliche Abrechnungen vergessen worden seien.

Fazit: Bemerkenswert ist das im Durchschnitt insgesamt niedrige Niveau der Rückerstattungen. Die Daten deuten darauf hin, dass es der weit überwiegenden Mehrheit der Teilnehmenden nicht gelingt, mehr als 20 Prozent der GKV-Beiträge über die SLB erstattet zu bekommen. Und das, obwohl das Durchschnittsalter der ausgewerteten Personen mit 58,4 Jahren hoch ist, und daher vergleichsweise hohe Leistungsausgaben der GKV für diese Gruppe unterstellt werden können.⁷ Werden die wenigen betrachtet, die unter 50 Jahre alt sind, dann liegt die Erstattungsquote noch deutlich niedriger. Die Antworten machen allerdings auch deutlich, dass nur in bestimmten Fällen und sehr besonderen Lebenslagen auf Dauer eine Erstattung von 50 Prozent erreicht werden kann. Fallkonstellationen, in denen dauerhaft nahezu die Hälfte der GKV-Beträge über die Sachleistungsbeihilfe ausgeschöpft werden – das würde dem Niveau der „pauschalen Beihilfe“ entsprechen – dürften daher ganz allgemein recht selten sein. Insofern ist die Behauptung falsch, dass die hessische SLB eine für die Beschäftigten materiell akzeptable Alternative für die „pauschale Beihilfe“ darstellen würde.

⁶ Naturgemäß können chronische Erkrankungen und auch „schwere Behinderungen“ sehr unterschiedliche Leistungsumfänge notwendig machen.

⁷ Vgl. die Exceltabelle „GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2019“ auf der Seite des Bundesamtes für Soziale Sicherung, www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/ Zugriff vom 17.1.2021.

6. Bürokratie

Es war zu erwarten, dass die Antworten auf die Umfrage insbesondere den unzureichenden materiellen Umfang der Sachleistungsbeihilfe thematisieren würden.⁸ Deshalb überraschte doch die quantitativ umfängliche Kritik der Kolleginnen und Kollegen am bürokratischen Aufwand, der mit einer Beantragung von Beihilfeleistungen verbunden ist. Mehr als die Hälfte der Zusendungen - nämlich 26 - griffen das Thema mit unterschiedlichen Kritikpunkten auf⁹, zum Teil mit einer gewissen Drastik in der Wortwahl: „bürokratisches Monster“, „vollkommen unverhältnismäßig“, „übermäßig aufwändig“, „Erstattungs-marathon“, „Zwangsarbeitsmaßnahme“, „gewollt unpraktisch“, „nicht selten ein unglaublicher Aufwand“. Einzelne Befragte gaben auch an, wegen des mit einer Beantragung von SLB verbundenen Aufwandes teilweise auf eine Erstattung verzichtet zu haben.

In mehreren Antworten stellten die Betroffenen den üblichen Ablauf bei der Beantragung von Leistungen sehr detailliert dar. Dies soll hier kurz skizziert werden, um dann auf die damit verbundenen Probleme genauer einzugehen.

Die Krankenkassen geben Formulare aus, die bei den Leistungserbringern (Apotheken, Ärztinnen und Ärzte etc.) vorzulegen sind, damit diese die entsprechende Abrechnungsziffern eintragen. Die Kassen müssen dann in einem zweiten Verfahrensschritt wiederum den Abrechnungsziffern die entsprechenden Abrechnungsbeträge zuordnen. Erst danach können im dritten Schritt die Anträge auf Sachleistungsbeihilfe bei der Beihilfestelle eingereicht werden. Außer der den Antrag stellenden Person sind also drei weitere Akteurinnen am Antragsverfahren beteiligt. Dadurch wird deutlich, warum die oben zitierte Kritik am hohen Aufwand des Verfahrens – der Schriftverkehr mit den drei Akteurinnen dürfte in der Regel, darauf wies ein Befragter hin, ja auch dokumentiert werden – insbesondere bei denjenigen, die häufiger oder häufig Anträge einreichen, recht ausgeprägt ist.

Unabhängig von diesem speziellen SLB-Beantragungsverfahren wurden in den vergangenen Jahren im Zuge des Ausbaus der Rechte von Patientinnen und Patienten Nachweis- und Auskunftspflichten für Kassen und Leistungserbringer im Bereich der GKV (Sozialgesetzbuch V) etabliert: „...Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren haben die Versicherten auf Verlangen (...) direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten“ (§ 305 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dasselbe gilt für zahnärztliche Behandlungen. Daneben sind die Kassen selbst verpflichtet, Patientenquittungen über die erbrachten Leistungen und deren Kosten auszustellen (§ 305 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Patientenquittungen der Leistungserbringer und der Kassen können im Rahmen der Beantragung von SLB genutzt werden. Allerdings sind damit dann auch wiederum spezifische Probleme verbunden (siehe unten 6.2). Dabei blieb jedoch oft unklar, ob diese Probleme dann wiederum der Grund dafür sind, dass viele die Möglichkeiten der Patientenquittungen nicht nutzen. Gewohnheit oder fehlende Informationen mögen ebenfalls Ursachen dafür sein, dass in vielen Fällen am eingeführten Verfahren der SLB-Beantragung festhalten wird.

⁸ Hatte doch schon der damalige Innenminister Bökel 1997 darauf hingewiesen, dass die „mögliche Sachleistungsbeihilfe durchweg nicht ausgeschöpft wird.“ (Vgl. Hessischer Landtag: Drucksache 14/3242, Kleine Anfrage des Abgeordneten Weist betreffend Beihilfekosten des Landes und Antwort vom 22.12.1997, S. 2.)

⁹ Bei denjenigen, die sich nicht zum Beantragungsverfahren äußerten, ist allerdings nicht durchgängig anzunehmen, dass sie mit dem Antragsverfahren zufrieden sind. Denn in mehreren Fällen dieser Gruppe lag das offensichtlich daran, dass umfänglichere Erfahrungen mit der Sachleistungsbeihilfe fehlten – entweder weil die Betroffenen medizinische Dienstleistungen gar nicht bzw. bisher kaum in Anspruch genommen hatten oder weil Anträge aufgrund Nichtkenntnis des Verfahrens erst gar nicht gestellt worden waren.

6.1. Probleme der Antragsteller:innen mit den Leistungserbringenden

Oftmals ist es schwierig und aufwändig für die Betroffenen, den Leistungserbringenden zu erklären, warum die Leistungsbescheinigungen benötigt werden. Dies ist deshalb der Fall, weil die Sachleistungsbeihilfe als solche nicht jedem:r niedergelassenem:n Ärzt:in oder in jedem Krankenhaus bekannt ist. Das gilt für Hessen, mehr aber noch außerhalb Hessens, wenn z.B. beihilfeberechtigte Kinder in anderen Bundesländern studieren, da jenseits der Landesgrenzen vergleichbare Regelungen nicht bestehen. Weil das Ausfüllen des Formblatts mit Mehraufwand für die Arztpraxen verbunden ist, bedarf es durchaus ab und an, so die Klage in einzelnen Antworten, der Überwindung eines gewissen Widerstands beim Praxispersonal. Nicht selten sehen sich die Betroffenen gezwungen zu erklären, warum gesetzlich Versicherte einen Beihilfeanspruch haben.

Für das Ausfüllen des Formulars kann eine Gebühr erhoben werden (die dann wiederum zum Teil beihilfefähig ist). In der Regel sind das 5 Euro; es wurden aber auch Beträge bis zu 10 Euro genannt. Eine Gebühr wird aber nicht immer erhoben. Angesichts der Spannweite der Gebührenhöhe empfinden Betroffene den Umgang mit der Gebühr vereinzelt als willkürlich.

Mehrfach wurde berichtet, dass das ausgefüllte Formular nicht direkt im Anschluss an den Arztbesuch mitgenommen werden kann. Dann ist es gegebenenfalls erforderlich, die Arztpraxis ein zweites Mal aufzusuchen. Auch das Zusenden der Formulare durch den Leistungserbringenden ist nicht immer unproblematisch (längere zeitliche Verzögerungen sind möglich). Manche Beschäftigte sammeln die Bescheinigungen der Ärzte und Ärztinnen einmal im Jahr ein, womit allerdings auch wieder ein erhöhter Arbeitsaufwand verbunden ist. Bei jährlichen Sammelbescheinigungen ist allerdings darauf zu achten, dass Beihilfefähigkeit nur gegeben ist, wenn die medizinische Leistung nicht länger als ein Jahr zurück liegt.

Zudem kommt es vor, dass der Vordruck fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllt wird (falsche Abrechnungsziffern, fehlender Stempel oder fehlende Unterschrift), was wiederum weiteres Nachhaken und gegebenenfalls Korrigieren notwendig macht. Fehlerhafte Eintragungen sind auch Resultat der Tatsache, dass die von den Kassen erstellten Formulare nicht immer klar und eindeutig sind. Ein:e Kolleg:in ergänzt aus diesem Grund mit Bleistift die Formulare mit hilfreichen Hinweisen.

Hinsichtlich des Rechtsanspruchs auf eine Patientenquittung wird vereinzelt berichtet, dass Ärzte und andere Leistungserbringer Patientenquittungen (noch) nicht ausstellen könnten bzw. nicht willens seien, dies zu tun. Patientenquittungen sind kostenlos, werden sie als Quartalsquittung erstellt, wird eine Gebühr in Höhe von einem Euro fällig. Solche Patientenquittungen sind formlos zu erstellen, d.h. es gibt keinen Vordruck. Auch dieser Umstand wurde seitens einer Praxis als Argument genannt, warum man keine Patientenquittung ausstellen wolle. Vereinzelt wurde gemutmaßt, die Verweigerung, Patientenquittungen auszustellen, könne auch dadurch verursacht sein, dass für das alternative Ausfüllen des althergebrachten Formulars eine Gebühr von 5 Euro verlangt werden kann.

Solche Patientenquittungen enthalten im Gegensatz zu denen, die von der Kasse ausgestellt werden, nur „vorläufige“ Kosten (siehe oben). Inwieweit diese von der Beihilfestelle akzeptiert werden konnte im Rahmen der Auswertung der vorliegenden Informationen nicht abschließend geklärt werden. Es gab aber Hinweise darauf, dass die „vorläufigen Kosten“, die mutmaßlich etwas höher sind als die später tatsächlich abgerechneten Beträge, von der Beihilfestelle akzeptiert werden. In einigen wenigen Antworten wurde das bürokratische Verfahren bei den Leistungserbringern aber auch als unproblematisch beschrieben.

6.2. Probleme der Antragsteller:innen mit den Kassen

Durch die Kasse erstellte Patientenquittungen können das bürokratische Verfahren im Zusammenhang mit der Sachleistungsbeihilfe vereinfachen. Neben einer möglichen Vereinfachung hat die Patientenquittung der Kasse darüber hinaus einen weiteren Vorteil, indem sie nämlich auch Leistungen aufführt, die ansonsten für die Betroffenen „unsichtbar“ bleiben, etwa wenn eine

Arztpraxis Laboruntersuchungen veranlasst, die separat mit der Kasse abgerechnet werden. Das Einreichen von durch die Kasse erstellten Patientenquittungen bei der Beihilfestelle ist aber zurzeit offensichtlich nicht das gängige Vorgehen der meisten freiwillig in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamten, wenn wir die Mitteilungen derjenigen verallgemeinern, die sich an der Umfrage beteiligt haben. Folgende Gründe kommen dafür in Betracht:

- Die Patientenquittungen der Kassen werden, so ist verschiedenen Aussagen zu entnehmen, erst relativ spät (vollständig) ausgestellt. Verzögerungszeiträume von sechs bis neun Monaten wurden genannt. Das kann dazu führen, so zwei Berichte, dass die Jahresfrist verstreicht, innerhalb der ein Antrag auf SLB gestellt werden muss. Dass die Nutzung der Patientenquittung der Kasse zu Problemen mit der Frist von einem Jahr führt, erwähnen mehrere Beschäftigte. Ursache für die manchmal lange Bearbeitungsdauer dürften verspätete Abrechnungen der Leistungserbringenden mit den Kassen sein, so eine Mutmaßung.
- In jedem Fall erfordere die Nutzung der Patientenquittung der Kassen ein sorgfältiges Zeitmanagement: Daten und Informationen zu den Arztbesuchen etc. seien zu notieren und zeitnah hinsichtlich ihres Vermerks in der Patientenquittung zu kontrollieren.
- Dass viele Antworten, in denen die bürokratischen Verfahren bei der Beantragung thematisiert wurden, die Möglichkeit, Patientenquittungen der Kassen zu nutzen, gar nicht erwähnten, kann mutmaßlich auch teilweise durch ein Informationsdefizit in Hinblick auf den Rechtsanspruch auf solche Quittungen und/oder deren Akzeptanz durch die Beihilfestelle erklärt werden.

Als zusätzliche problematische Punkte, die auf der Seite der Krankenkassen anzusiedeln sind, wurde noch folgendes angeführt: Die Qualität der durch die Kassen herausgegebenen Formulare, die dann in einem ersten Arbeitsschritt durch die Leistungserbringenden auszufüllen sind, sei sehr unterschiedlich. Die Formulare mancher (kleineren?) Kassen hätten nicht unbedingt von Anfang an den Anforderungen der Beihilfestelle entsprochen, so ein Bericht. Vereinzelt wiesen Beschäftigte daraufhin, dass das Schließen von Geschäftsstellen der Kassen und die Einrichtung von zum Teil bundesweit zuständigen Call-Centern zu einer Verschlechterung der Kommunikation zwischen Versicherten und Kassen geführt hat. Die hessische SLB sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern solcher Call-Center jedenfalls weniger vertraut als der persönlich kontaktierbaren Sachbearbeitung in örtlicher Nähe.

6.3. Probleme der Antragsteller:innen mit der Beihilfestelle

Probleme bei der Bearbeitung der Anträge durch die Beihilfestelle spielten in den Berichten quantitativ eine geringere Rolle als der Bereich der Leistungserbringenden und der Krankenkassen. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass bei denjenigen, bei denen die Arbeit der Beihilfestelle thematisiert wurde, die Meinungen recht unterschiedlich ausfielen.

Vereinzelt positiven Meinungsäußerungen („keine Probleme“) standen negative gegenüber: Z.B. sei die Höhe der Erstattungsbeiträge nicht immer transparent. Beklagt wurde auch eine gewisse Kleinlichkeit bei der Bearbeitung: Wenn z.B. ein Stempel unleserlich sei, führe das zu Problemen. Bei Sammelbescheinigungen könne ein einziger Termin außerhalb der Jahresfrist zur Nichtbearbeitung des gesamten Vorgangs führen, wurde vereinzelt bemängelt. Kritisiert wurden darüber hinaus vereinzelt fehlerhafte Auskünfte in Bezug auf die Beihilfefähigkeit bestimmter Leistungen.

Zwei Stellungnahmen thematisierten auch den bürokratischen Aufwand für den Nachweis der jährlichen Einnahmen, wenn diese schwankend sind (etwa wenn weitere Einkommensarten vorhanden sind, die beim GKV-Beitrag angerechnet werden müssen). In solchen Fällen kann es nach Festsetzung der Jahreseinkommenssteuer zu Neuberechnungen der Sachleistungsbeihilfe kommen.

Dieser bürokratische Aufwand wäre aber auch im Zusammenhang mit der Einführung einer pauschalen Beihilfe gegeben.¹⁰

7. Fehlanreize des Systems

Der Reglungsmechanismus der Sachleistungsbeihilfe ist durchaus ungewöhnlich¹¹: Je mehr Kosten ein:e Versicherte:r bei der Krankenkasse verursacht, desto höher ist sein:ihr Einkommen. Ein Mechanismus also, der die Gefahr von volkswirtschaftlich eigentlich nicht gewünschten Effekten birgt. Begrenzende Voraussetzung ist in diesem Zusammenhang allerdings das Vorliegen von Gründen, um medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Das Vorhandensein solcher Gründe wird in aller Regel von medizinischem Fachpersonal attestiert. Zum Teil sind die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aber auch dem persönlichen Bewertungsspielraum der:des Versicherten überantwortet. Hinweise darauf, dass dieser individuelle Bewertungsspielraum weit oder möglichst weit ausgeschöpft wird, um Rückerstattungen zu generieren, gab es lediglich in vereinzelt Fällen. Solche Hinweise waren auch nicht zu erwarten, zumal keine der formulierten Leitfragen darauf abzielte, eine Erörterung dieses Themenkomplexes anzuregen.

Umso bemerkenswerter war daher, dass sich in mehr als einem Dutzend Antworten auf den Reglungsmechanismus der SLB bezogen wurde. Tenor war vorwiegend, dass der Regelungsmechanismus jene Menschen mit Blick auf ihr Einkommen benachteiligt, die gesund sind oder die Aufwendungen tätigen, um sich gesund zu erhalten. Offenbar widerspricht ein solches Anreizsystem den Überzeugungen der Betroffenen hinsichtlich dessen, was sie als gerecht ansehen. Dabei spielt auch eine Rolle, dass man selbst in dieses System einbezogen und dadurch entweder benachteiligt ist, weil andere mutmaßlich mehr Erstattungen generieren als medizinisch notwendig wäre, oder sich selbst in ein moralisches Dilemma gestellt sieht, da man durch das System gezwungen ist, möglichst viel medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Entsprechend deutlich fielen die Bewertungen aus: „völlig paradox“, „bizar“, „verkehrte Welt“, „absurd“ (mehrfach), „Blödsinn“, „widersinnig“. Auch auf dieser Ebene besteht ein deutliches Akzeptanzproblem für die hessische Sachleistungsbeihilfe.

8. Informationsdefizite

Mehrfach wurde in den Antworten bemängelt, dass die Informationen über die Sachleistungsbeihilfe durch den Dienstherren unzureichend sind. Das betraf sowohl die Kenntnis darüber, dass es die Sachleistungsbeihilfe als solche gibt – insbesondere zu Beginn der beruflichen Tätigkeit könne dieses Problem auftreten –, als auch Kenntnisse zu speziellen Fragestellungen, z.B. in Hinblick auf das Ausfüllen der Formulare, auf die Möglichkeit, Patientenquittungen zu nutzen (siehe dazu die entsprechenden Ausführungen weiter oben in 6.2) oder in Bezug auf die Vielzahl der beihilfefähigen Leistungen. „Nur wer das Beihilferecht gut kennt, kann erlangen, was ihm zusteht“, war eine verallgemeinerbare Aussage, die zwei mögliche idealtypische Handlungsstrategien impliziert (sofern überhaupt die Möglichkeit besteht, medizinische Leistungen in umfänglicherer Weise in Anspruch zu nehmen): Entweder die Betroffenen akzeptieren, die SLB nicht optimal auszuschöpfen, um dadurch den notwendigen Zeitaufwand zu begrenzen, oder aber die Betroffenen werden mit der Zeit und einem gewissen Arbeitsaufwand zu „Expertinnen/Experten“.

¹⁰ Dies gilt für die Perspektive der Antragssteller und Antragsstellerinnen. Aus Sicht der Beihilfestelle ist der der Einkommensermittlung geschuldete bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der pauschalen Beihilfe umfangreicher, da er für jede Person betrieben werden muss, die sich für die pauschale Beihilfe entscheidet.

¹¹ Zumindest im Zusammenhang mit dem Einkommen von Privatpersonen.

9. Zusätzliche medizinische Leistungen

Beamtinnen und Beamte, die in der GKV versichert sind, haben zudem Anspruch auf Beihilfe für medizinische Leistungen, die nicht im GKV-Katalog verzeichnet sind. Dazu zählen z.B. Beihilfen für Brillengläser, Zahnersatz, Wahlleistungen im Krankenhaus, Leistungen von Heilpraktikern und Heilpraktikerinnen. Eine Leitfrage in der HLZ zielte konkret auf die Nutzung dieser Beihilfen ab. Zunächst ist die bemerkenswerte Tatsache zu konstatieren, dass überhaupt nur in 16 Antworten auf diese Frage erkennbar Bezug genommen wurde.

Zwei der Antwortenden führten aus, dass diese zusätzlichen medizinischen Leistungen für sie von größerer Bedeutung sind, wobei in beiden Fällen quantifizierende Aussagen getroffen wurden. In einem Fall handelte es sich bei diesen Leistungen um mehr als die Hälfte der Kosten, die eingereicht wurden. Im zweiten Fall wurde der Anteil mit etwa 10 Prozent angegeben (was dann allerdings die Bedeutung dieser zusätzlichen medizinischen Leistungen etwas relativiert).

Sechs Beschäftigte gaben an, dass bei ihnen die zusätzlichen medizinischen Leistungen keine bedeutende Rolle spielen.

In den restlichen acht Antworten, die die Fragestellung aufgriffen, erläuterten die Befragten, welche zusätzlichen medizinischen Leistungen in Anspruch genommen wurden: Meist ging es um Brillen und zahnärztliche Leistungen, aber auch um private Arztrechnungen. Die Art der genannten Leistungen und die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme lassen vermuten, dass für die Mehrzahl dieser Gruppe den zusätzlichen medizinischen Leistungen jedenfalls keine größere Bedeutung zukommt.

Dass die Inanspruchnahme zusätzlicher medizinischer Leistungen für viele in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte keine größere Bedeutung hat, wäre auch ein plausibler Grund dafür, warum zwei Drittel der Teilnehmenden auf die Fragestellung überhaupt nicht eingegangen sind.

10. Fazit

Die Ergebnisse der Befragung können selbstverständlich nicht für sich reklamieren, repräsentativen Charakter zu haben. Auch ist davon auszugehen, dass sich diejenigen überproportional an der Befragung beteiligt haben dürften, die mit dem System der Sachleistungsbeihilfe tendenziell unzufriedener sind als andere.

Bei der Auswertung der Daten wurde aber deutlich, dass die spezifischen Lebenslagen der teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen, soweit diese eine Bedeutung für die Höhe der abrechenbaren Sachleistungsbeihilfe haben, typischerweise den Lebenslagen einer Mehrheit aller in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamten entsprechen. Keiner der Teilnehmenden kam auch nur annähernd über einen längeren Zeitraum als drei Jahren auf SLB-Erstattungen, die einem halben Beitragssatz entsprechen würde. Bei vielen auch für die Grundgesamtheit der Betroffenen typischen Fallkonstellationen sind die Erstattungsbeträge sogar weit vom halben GKV-Satz entfernt. Im Gegenteil stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen überhaupt der halbe Beitragssatz über längere Zeiträume oder auf Dauer erstattet werden könnte. Zu denken ist hier an Familien mit vier oder mehr Kindern oder an Familien mit chronisch Kranken, die einen hohen Bedarf an ärztlichen Leistungen haben, oder an Familien mit Menschen mit bestimmten Schädigungen/Behinderungen. Quantitativ haben aber solche Lebenslagen (oder Kombinationen daraus) sicherlich nur eine begrenzte Bedeutung. Insofern konnte gezeigt werden, dass die SLB für einen sehr großen Teil der Betroffenen keine ökonomisch akzeptable Alternative zur pauschalen Beihilfe darstellt.

Daran ändert auch die Möglichkeit nichts, Beihilfen für zusätzliche medizinische Leistungen zu erhalten. Diese dürften materiell nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Bemerkenswert ist darüber hinaus die umfassend vorgetragene Kritik an der Komplexität des Beantragungsverfahrens und am damit verbundenen Zeitaufwand für die Antragsberechtigten. Zwar wurden für die jüngere Vergangenheit Vereinfachungen im Ablauf konstatiert, entscheidende Verbesserungen, die auch zu einer deutlichen zeitlichen Entlastung der Antragsteller und Antragstellerinnen geführt hätten, scheinen damit aber nur in begrenzter Weise verbunden gewesen zu sein. Die Nutzung von Patientenquittungen mag hinsichtlich des Beantragungsverfahrens zu Verschlankungen im Ablauf beitragen. Sie wirft aber wiederum Probleme an anderer Stelle auf, zudem ist der Informationsstand über diese Möglichkeit unzureichend. Angesichts dieser fulminanten Kritik am bürokratischen System der Sachleistungsbeihilfe, stellt sich die pauschale Beihilfe als effiziente und schlanke Alternative dar. Das dürfte auch für die Beihilfestelle gelten, da der erhöhte Aufwand für die Einkommensermittlung durch die Zeiteinsparung bei der Bearbeitung einzelner Leistungsanträge bei weitem kompensiert werden dürfte.

Angemerkt werden muss zudem der Umstand, dass das System der Sachleistungsbeihilfe, das unter anderem mit der Intension verbunden ist, einen gewissen, unter Gerechtigkeitsabwägungen angezeigten Ausgleich für die in der GKV versicherten Beamtinnen und Beamte gegenüber Beschäftigten zu schaffen, bei denen der Krankenkassenbeitrag hälftig von Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen getragen wird, von sehr vielen Betroffenen als „ungerecht“ und „absurd“ bewertet wird. Auch dieser bemerkenswerte Widerspruch wäre durch eine Weiterentwicklung der hessischen Sachleistungsbeihilfe zu einer pauschalen Beihilfe aufzulösen.