

## **Wählbare Selbstbehalttarife für die GKV**

**Korreferat zu den Beiträgen von Martin Schellhorn:  
„Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der  
Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?“  
und von Andreas Werblow:  
„Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbst-  
behalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung“**

Von Claudia Korf\*

Die Herausforderungen, vor denen die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht, sind hinlänglich bekannt:

- demographische Entwicklung (Überalterung),
- soziale Entwicklung (Zunahme der Einpersonenhaushalte und Rückgang des Pflegepotentials innerhalb von Familien),
- Arbeitsmarktentwicklung (anhaltend hohe Arbeitslosigkeit, gleichzeitig sinkende Bedeutung von Lohn und Lohnersatz für die Haushaltseinkommen, Rückgang der Normalarbeitsverhältnisse mit entsprechenden Konsequenzen für die Beitragszahlung),
- politisch motivierte Verschiebepbahnhöfe (zugunsten öffentlicher Haushalte und anderer Sozialversicherungszweige),
- medizinisch-technischer Fortschritt (Preis-Mengen-Strukturkomponente mit Tendenz zur Leistungsausweitung).

Alle Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV müssen sich dabei an folgenden Kriterien messen lassen:

- Steigerung von Effektivität (Qualität) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) der Leistungen,
- Einnahmewirksamkeit,
- Verteilungsgerechtigkeit,
- Praktikabilität zugunsten einer effizienten und manipulationsresistenten Verwaltung der GKV.

Für die Beurteilung der Sinnhaftigkeit möglicher Reformelemente muss man sich in Politik und Praxis wiederholt die Frage stellen: Welches dieser Probleme wird durch die Einführung eines bestimmten Instruments gelöst? Welche Verbesserungen kann die GKV durch die Einführung von wählbaren Selbstbehalten erwarten?

Tragendes Strukturmerkmal der GKV ist das Solidarprinzip. Es garantiert allen Versicherten einen einheitlichen Leistungsanspruch und schützt sie vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall. Gleichzeitig gilt es, die Eigenverantwortung des Einzelnen zu stärken. Individuelle Verantwortung kommt dabei insbesondere im bewussten Umgang mit der eige-

\* BKK-Bundesverband, Berlin, E-Mail: korfc@bkk-bv.de

nen Gesundheit und in der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zum Ausdruck. Erst das Zusammenwirken der beiden Merkmale – Solidarität und Subsidiarität – führt zu jener Gemeinwohlorientierung, die als Grundlage einer zukunftsfähigen sozialen Krankenversicherung unabdingbar ist.

Die GKV soll grundsätzlich jedem Versicherten – unabhängig von seinem Einkommen, seinem Alter und seinem Gesundheitszustand – medizinische Leistungen nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts sichern. Das bedeutet, dass die Beitragszahlung unabhängig von der Gesundheit des Versicherten beim Eintritt in die GKV und unabhängig von seiner späteren Leistungsanspruchnahme geregelt ist. Die Leistungsgewährung wiederum ist unabhängig von der Höhe der Beiträge und richtet sich nach dem medizinischen Bedarf. Es gibt keine finanzielle Diskriminierung von Versichertengruppen (Ausnahmen: Härtefälle). Der harte Kern einer sozialen Krankenversicherung ist somit die Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang bei einheitlichen Leistungs- und Finanzierungsregelungen für alle Versicherten.

Im SGB V (Sozialgesetzbuch) ist geregelt, dass die Versorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen darf. Tatsächlich werden aber in nahezu allen Versorgungsbereichen Leistungen erbracht, die nicht medizinisch notwendig, sondern anbieterinduziert sind. Speziell die im internationalen Vergleich sehr hohe Anbieterdichte, das intransparente Angebot und die starke Zergliederung des deutschen Gesundheitswesens in voneinander abgeschottete Sektoren beeinflussen diese Entwicklung nachhaltig. Ziel jedweder Reformbemühungen muss es daher sein, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Leistungen zielgenau, indikationsgerecht und kostenbewusst erbracht werden.

In Selbstbehalttarifen ist nicht das Leistungsspektrum, sondern die Höhe der durch die Krankenversicherung getragenen Kosten variabel. Selbstbehalte werden nur fällig, wenn auch Leistungen in Anspruch genommen werden, d. h. wenn der Versicherte zum Patienten wird. Insofern man Selbstbehalten eine Steuerungswirkung zuspricht, können sie bei entsprechender Mündigkeit des Patienten einen positiven Effekt auf die Effizienz der Leistungserbringung ausüben. Die bisherigen Erfahrungen mit den mehr fiskalisch motivierten Zuzahlungen<sup>1</sup> lassen keinen ausgeprägten Steuerungseffekt vermuten.<sup>2</sup> Dies mag zum einen daran liegen, dass die Höhe und der Anfall von Zuzahlungen mit einem Selbstbehalttarif hinsichtlich ihrer Anreizwirkungen nicht direkt vergleichbar sind. Zum anderen besteht in beiden Fällen das Grundproblem, dass Leistungen aufgrund des Informationsgefälles zwischen Arzt und Patient primär anbiestergesteuert erbracht werden. Welchen Einfluss auf die Inanspruchnahme ärztlich veranlasster Leistungen hat ein Patient? Mitspracherechte bei Therapiealternativen mögen mittlerweile zum Praxisalltag gehören. Aber wie steht es beim Einsatz diagnostischer Verfahren? Hier ist eher von einem gleichgerichteten Interesse hin zu einer möglichst hohen Sicherheitswahrscheinlichkeit bei der Diagnose auszugehen.

Für eine kritische Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen fehlt den Patienten in der Regel nicht nur das spezifische Fachwissen. Vielmehr gibt es derzeit kaum verlässliche

<sup>1</sup> Es existieren Zuzahlungen für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt, stationäre Kuren, Hilfsmittel, Heilmittel, Fahrtkosten, Zahnersatz (teilweise absolute, teilweise prozentuale Zuzahlungen).

<sup>2</sup> Ein Indiz für die Wirkung von Zuzahlungen würde sich aus der Analyse der Leistungsanspruchnahme zuzahlungsbefreiter Härtefall-Versicherter ergeben.

Informationen über die Qualifizierung der Leistungserbringer, über ihre Behandlungsverfahren und Behandlungserfolge sowie über die Kosten. Diese Informationen wären aber der Schlüssel zu rationalen Entscheidungen im Versorgungsprozess.

Für Deutschland gibt es – wie so oft – keine empirischen Daten, deren Analyse die effizienzsteigernde Wirkung von Selbstbehalten untermauern oder aber in Frage stellen könnte. Die Ergebnisse der Erprobung (§ 65 SGB V, 2. NOG) eines Beitragsrückzahlungsmodells bei Betriebskrankenkassen im Zeitraum 1989 bis 1994 sind jedoch ernüchternd. Demnach hatte die Einführung einer Beitragsrückerstattung in Höhe eines Monatsbeitrags weder zu Einsparungen geführt, noch traten messbare Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens ein.

Nach Einschätzung des BMG belegen Untersuchungen, dass ca. ein Drittel der Versicherten Leistungen von jährlich maximal 100 Euro in Anspruch nimmt. Für diese Versicherten wäre die Wahl eines hohen Selbstbehalts bei entsprechender Beitragsreduzierung (prozentual oder absolut) vorteilhaft. Anders sieht es für die 10 % schwer kranken gesetzlich Versicherten aus, auf die 80 % der Leistungsausgaben entfallen (das teuerste Prozent verursacht knapp ein Drittel, weitere 9 % rund die Hälfte der Gesamtausgaben).<sup>3</sup>

Selbstbehalte in Verbindung mit Beitragsreduzierungen sind grundsätzlich nicht attraktiv für chronisch Kranke und folglich für die Mehrzahl der älteren Versicherten. Sie hätten jährlich den maximalen Selbstbehalt zu leisten und würden je nach Kalkulation und Ausgestaltung der wählbaren Tarife zudem mit höheren Beiträgen belastet. Das heißt, sie stellen sich schlechter als im Falle einer Vollkostendeckung über einheitliche Beitragssätze, weil sie die Mitnahmeeffekte der ohnehin Gesunden mitzufinanzieren hätten. Da der Selbstbehalt immer höher als die Beitragsreduktion ist und bei chronisch Kranken die Leistungsanspruchnahme weithin unvermeidbar ist, müsste diese Gruppe höhere Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung in Kauf nehmen.

Ob und inwieweit dies mit dem Solidarprinzip der GKV vereinbar ist, hängt ab von der Bewertung, welches Ausmaß an Umverteilung für den Erhalt einer sozialen Krankenversicherung als notwendig angesehen wird. Selbstbehalte werden dabei aus dem verfügbaren Haushaltseinkommen finanziert und unterscheiden sich insofern von den lohnabhängigen Beiträgen. Die finanziellen Auswirkungen von Selbstbehalten sind unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit nach betroffenen Versichertengruppen (z. B. Rentnern, Familien) differenziert zu beurteilen. Die soziale Krankenversicherung in Deutschland hat mit der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen traditionell eine wichtige Aufgabe im Bereich des Familienlastenausgleichs. Dies ist ein wichtiger Pluspunkt im Wettbewerb mit der PKV. Selbstbehalttarife für Familien müssten vor diesem Hintergrund einen Umverteilungsfaktor beinhalten, der im Ergebnis die Leistungsausgaben für Kinder bis zu einer bestimmten Altersgrenze frei von einer finanziellen Eigenbeteiligung stellt.

Aufgrund der paritätischen Finanzierung der Beiträge zur GKV würden die Arbeitgeber bei Wahl eines hohen Selbstbehalts durch den Arbeitnehmer besonders dann entlastet, wenn damit eine deutliche Senkung des Beitragssatzes einher ginge. Der Versicherte wiederum hätte im Behandlungsfall die zusätzlichen Kosten durch den Selbstbehalt allein zu tragen.

<sup>3</sup> Andere Schätzungen gehen davon aus, dass die teuersten 20 % der Versicherten 80 % der Leistungsausgaben verursachen.

Aus diesem Grunde würde viel dafür sprechen, dass auch die Beitragsentlastung im Wege eines festen Betrages nur dem Versicherten zugute kommen sollte (analog zu einer Beitragsrückerstattung).

Es ist zu erwarten, dass die jährliche Wahl des Selbstbehalttarifs auch ein strategisches Moment enthält. Planbare Leistungen (Zahnersatz, Präventions- oder Rehabilitationsleistungen) werden dann in Anspruch genommen, wenn der maximale Selbstbehalt z. B. infolge eines stationären Aufenthalts bereits erschöpft ist.

Will man verhindern, dass Versicherte erst dann zum Arzt gehen, wenn ihr Krankheitsstadium weit fortgeschritten ist, müsste der Erstkontakt mit einem Leistungserbringer von einer Eigenbeteiligung freigestellt werden.<sup>4</sup> Dies wiederum führt vor dem Hintergrund anbieterinduzierter Leistungsausweitungen kaum zu Einsparungen.<sup>5</sup>

Glaubt man den Ankündigungen der Gesundheitspolitiker, so wird die Stärkung der gesundheitlichen Eigenkompetenz der Versicherten zu einem neuen Leitbild der Gesundheitspolitik. Um Bemühungen zu Gesundheitsförderung und Prävention für die Versicherten attraktiv zu machen, müsste die Inanspruchnahme entsprechender Leistungsangebote ohne Selbstbehalt erfolgen, um zusätzliche Anreize zu schaffen.

Um mögliche Konflikte mit einem Sozialhilfeanspruch zu vermeiden, wäre es notwendig, den individuell wählbaren Selbstbehalt nach oben zu begrenzen.

Kann ein Selbstbehalttarif ohne Kostenerstattung funktionieren? Das Sachleistungsprinzip aufzugeben, sollte man reiflich überdenken. Es schützt den Patienten vor Überforderung, finanziellen Vorleistungen und unzweckmäßigen Leistungen. Zudem legt es die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit für die Versorgungseffizienz, die der Patient in aller Regel nicht beurteilen kann, in die Hände der vertragsgestaltenden Parteien.

Auch unter dem Aspekt des Datenschutzes würde eine Umstellung innerhalb der GKV auf das Kostenerstattungsprinzip auf große Vorbehalte stoßen.

Durch die Einführung von Selbsthalten mit entsprechenden Beitragsreduzierungen sinken die Beitragseinnahmen der Krankenkassen und damit zugleich die vergleichsweise sicher kalkulierbare Grundlage für Kollektivverträge.

Ohne eine Umstellung auf Kostenerstattung würde es sehr verwaltungsaufwendig, da die Kassen bei Weitergeltung des Sachleistungsprinzips die tatsächlichen Behandlungskosten individuell ermitteln und gegenüber den Leistungserbringern und dem Versicherten abrechnen müssten. Ohne Kostentransparenz ist keine Steuerungswirkung zu erwarten. Von daher würde ein Systemwechsel hin zu einem Kostenerstattungssystem nahe liegen.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein Element der solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV. Unter den Bedingungen von Wahlfreiheit für die Versicherten und Kontrahie-

<sup>4</sup> Im Grunde wären Selbstbehalte nur indikationsspezifisch sinnvoll und müssten sich auf Krankheitsepisoden beziehen.

<sup>5</sup> Würde man – wie von Schellhorn vorgeschlagen – jede unvermeidbare Leistungsanspruchnahme (Unfälle, Krankenhauseinweisungen, chronische Krankheiten) von Selbsthalten freistellen, ließen sich keine Einsparungen mehr realisieren.

rungszwang der Krankenkassen bei nicht risikobezogenen Beiträgen soll er dazu dienen, die finanziellen Folgen unterschiedlicher Risikostrukturen (hinsichtlich Einkommen und Gesundheitsstatus ihrer Versicherten) zu kompensieren und so Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern.

Je stärker die Versicherten einer Krankenkasse von der Wahlmöglichkeit hoher Selbstbehalte Gebrauch machen würden, umso geringer wären die Beitragseinnahmen der betreffenden Kasse und folglich auch deren Finanzkraft im RSA. Dem stünden um die Selbstbehalte reduzierte berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben gegenüber.

Wenn für alle Krankenkassen gleiche Selbstbehalttarife gelten würden, wäre ein unterjähriger Kassenwechsel bei Einhalten der Selbstbehaltstufe unproblematisch. Könnten die Krankenkassen in ihren Satzungen die Art der Selbstbehalte jedoch individuell regeln, ergäben sich im Wettbewerb neue Anreize zur Selektion guter Risiken.

Als Fazit lässt sich Folgendes festhalten: Die empirischen Ergebnisse von Schellhorn und Werblow lassen offen, ob nun das Inanspruchnahmeverhalten die Wahl des Selbstbehalttarifs beeinflusst oder der gewählte Selbstbehalt die nachfolgende Inanspruchnahme steuert.<sup>6</sup>

Die Einführung eines nicht wählbaren Selbstbehalts, aber auch eine für alle gesetzlichen Kassen gleiche Differenzierung von wählbaren Selbstbehalttarifen würde nicht das Ende der sozialen Krankenversicherung in Deutschland bedeuten. Auch hier gilt: Die Dosis macht das Gift.

In Zeiten, in denen ein deutlicher Wanderungssaldo zugunsten der privaten Krankenversicherung zu verzeichnen ist (zum überwiegenden Teil hausgemacht durch die Ankündigung einer Veränderung der Versicherungspflichtgrenze), ist es wichtig, über Optionen zur Stabilisierung der GKV vorurteilsfrei nachzudenken. Man macht es sich dabei zu leicht, darauf hinzuweisen, es handele sich bei Selbsthalten um ein Instrument der PKV und diese seien aus grundsätzlichen Überlegungen ungeeignet für die GKV, weil sie unsolidarisch wirken. Auch wenn der überwiegende Effekt aus der Selbstselektion von Versicherten resultiert, muss man die positive Wirkung auf die „Haltearbeit“ der in der GKV freiwillig Versicherten anerkennen. Im Idealfall ließe sich die vielfach und zu Recht geforderte Eigenverantwortung der Patienten im Zuge der Einführung von Selbsthalten positiv beeinflussen.

Klar ist aber auch, dass durch Selbstbehalte die Umverteilung von Gesunden zu Kranken partiell zurückgenommen wird. Gerade die chronisch Kranken hätten eine höhere Finanzierungslast zu tragen. Ein solches Instrument lässt sich zudem nicht isoliert in die GKV implementieren. Es bedarf vielmehr geeigneter Rahmenbedingungen im Bereich der ärztlichen Vergütung, der Behandlung von Familien, der Verbesserung der Eigenkompetenz der Versicherten und Patienten und im Risikostrukturausgleich, um die potentiellen Effizienzgewinne bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Selbstbehalte zu heben. Unterlässt man auch nur einen dieser notwendigen begleitenden Reformschritte, würden die möglichen Erfolge der Einführung von Selbstbehalttarifen durch Ineffizienzen und unerwünschte Nebenwirkungen in anderen Bereichen überlagert. Dies wäre für die Zukunft der GKV eine zusätzliche Hypothek.

<sup>6</sup> Es handelt sich zugespitzt um ein „Huhn-oder-Ei“-Phänomen. Tatsächlich ist von einem Zirkel auszugehen.