

Ansparen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung?

Von Ronny Klein*

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, ob zweckgebundenes Sparen als Ergänzung zur Krankenversicherung vorteilhaft für die Versicherten ist. Auf einem privaten Krankensparkonto könnten jährlich Beträge eingezahlt werden, die zur Finanzierung der medizinischen Ausgaben eines Versicherten dienen. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten, die nicht durch Mittel aus dem Krankensparkonto abgedeckt werden können. Die modell-theoretische Analyse der optimalen Versicherungsnachfrage ergibt, dass bei steigenden Kosten im Alter ein Krankensparkonto vom Versicherten bevorzugt wird. Eine Simulation verschiedener Zuzahlungsformen zeigt, dass eine Sparoption in der Krankenversicherung das größte Potential hat, global die Kosten zu senken. Weitere Vorteile sind: (a) geringere Anreize, Arztbesuche auf Kosten der Gesundheit zu verzögern, (b) Zuzahlungen, die den Versicherten nicht zum Zeitpunkt der Krankheit belasten, (c) tendenziell gleich große Belastung unterschiedlicher Versichertenprofile und (d) die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Eine Umsetzung von Krankensparkonten in Deutschland wird diskutiert.

Summary: This paper examines the question of whether private savings as a supplement to health insurance is advantageous to those insured. In this scenario, policy-holders can pay into a medical savings account on an annual basis and use this money to finance their medical expenses. The health insurance reimburses the costs that cannot be covered by the account. The model-based theoretical analysis of the optimal demand for insurance leads to the conclusion that a medical savings account is preferred by those insured if they expect rising costs in old age. A simulation of different types of co-payments shows that medical savings accounts have the largest potential to reduce overall medical expenditures. Additional advantages are: (a) low incentives to skip doctor visits at the expense of one's own health, (b) co-payments that do not burden those insured at the time of illness, (c) similar levels of co-payments among different groups of insured people and (d) a shift to more personal responsibility. An implementation of medical savings accounts in Germany is discussed.

1 Einleitung

Singapurs Bürger *sparen*, um die Kosten medizinischer Versorgung tragen zu können. Die Regierung Singapurs hat im Jahre 1984 das so genannte *Medisave-Programm* eingeführt: Jeder Angestellte und Selbständige ist seitdem verpflichtet, je nach Alter 6 bis 8 % des eigenen Einkommens auf ein staatlich verwaltetes Sparkonto einzuzahlen. Das gesparte Kapital kann dazu verwendet werden, die Kosten stationärer und ausgewählter ambulanter Behandlungen zu begleichen. Zusätzlichen Schutz gewährt die Versicherung *Medishield*, die gegen eine risikoadäquate Prämie 80 % der Kosten zurückerstattet (Singapurs Ministerium für Gesundheit 2004).

* Lehrstuhl für Finanzwissenschaft, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, E-Mail: r.klein@wiwi.uni-halle.de

In Deutschland fördert der Bund seit dem Jahr 2002 private Kapitalbildung als Zusatzvorsorge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die so genannte *Riester-Rente* ist eine Reaktion auf unsere alternde Gesellschaft. In der gesetzlichen Krankenversicherung fehlt jedoch bisher ein Instrument, das dieser Entwicklung begegnet. Die privaten Krankenversicherungen in Deutschland bilden zwar bereits Alterungsrückstellungen für ihre Versicherten, allerdings ohne *moralisches Risiko* zu berücksichtigen. Wir wissen seit dem US-amerikanischen *RAND Health Insurance Experiment* in den 70er Jahren, dass Eigenbeteiligung¹ in der Krankenversicherung die Ausgaben senken kann (Manning et al. 1987). Eine Sparoption ähnlich dem *Medisave* in Singapur könnte in der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands beiden Zielen gerecht werden:

1. Akkumulation von Kapital in jungen, meist gesund verbrachten Jahren, um medizinische Ausgaben im Alter zu finanzieren,
2. höhere Eigenbeteiligung an den verursachten Kosten, um den Versicherten Anreize zu setzen, ihre „wahren“ Präferenzen zu offenbaren.

In Theorie und Praxis sind mehrere Formen von Krankensparkonten² bekannt. Singapurs *Medisave* wurde bereits erwähnt. In den USA kann seit dem 1. Januar 2004 jeder Amerikaner einen sogenannten *Health Savings Account* eröffnen (IRS 2004). Auf einem solchen Konto können die Inhaber einkommensteuerfrei Geld sparen, vorausgesetzt sie schließen gleichzeitig eine Krankenversicherung mit relativ hohem Selbstbehalt³ ab. Das Gesparte kann dazu verwendet werden, diesen Selbstbehalt bei Bedarf zu finanzieren. Laut Goodman (2004) dienen *Health Savings Accounts* jedoch in erster Linie dazu, Versicherungen mit geringen und hohen Eigenbeteiligungen steuerlich gleichzustellen: Es bestehen wenig Anreize, über die Höhe des festgelegten Selbstbezalts hinaus Kapital zu akkumulieren. Matisonn (2000) berichtet von ähnlichen Ansätzen in Südafrika.

China experimentiert seit 1994 in mehreren großen Städten mit Krankensparkonten (Yip und Hsiao 1997). Im Unterschied zu *Medisave* in Singapur hat man in China eine soziale Krankenversicherung eingeführt, die erst dann die Versicherten bei der Finanzierung ihrer medizinischen Kosten unterstützt, wenn deren Krankensparkonten aufgebraucht sind. Ein ähnliches Konzept hat Stano (1981) bereits Anfang der 80er Jahre vorgeschlagen: Dessen *Individual Health Accounts* vereinen ebenfalls individuelles Sparen und eine soziale Krankenversicherung.

Schließlich lässt sich auch die *dynamische Franchiseregulung* von Schulenburg (1987: 26–27) als eine Art Krankensparkonto auffassen. Schulenburg hat vorgeschlagen, dass der Selbstbehalt jährlich um 200 DM wächst und um die Zuzahlungen des Vorjahres reduziert wird. Der maximale Selbstbehalt eines Jahres soll auf 1 000 DM begrenzt sein. Zahlt man von Beginn an einen Betrag in Höhe des Selbstbezalts auf ein Krankensparkonto ein, begleicht anfallende Kosten zunächst aus diesem Konto und führt in jedem Jahr neues Kapital zu, erhält man die *dynamische Franchiseregulung*. Allerdings ließe eine Begrenzung der Einlagen auf 1 000 DM keine wesentliche Kapitalbildung für das Alter zu.

¹ In diesem Beitrag werden die Begriffe „Eigenbeteiligung“, „Selbstbeteiligung“ und „Zuzahlung“ synonym verwendet.

² Es handelt sich dabei um eine freie Übersetzung des Begriffs „Medical Savings Accounts“.

³ Als Selbstbehalt wird der Betrag bezeichnet, bis zu dem der Versicherte die Krankheitskosten aus eigenen Mitteln bezahlen muss.

Unter einem Krankensparkonto lassen sich demnach durchaus unterschiedliche Konzepte verstehen. Zentral für die Argumentation in diesem Beitrag ist die Frage, ob die maximale Eigenbeteiligung des Versicherten von dem Gesparten auf dem Krankensparkonto abhängig ist. Dies ist der Fall bei *Medisave* in Singapur und den Experimenten in China: Je höher der Kapitalbestand, desto größer kann die Eigenbeteiligung an den medizinischen Kosten ausfallen. Die *Health Savings Accounts* in den USA unterscheiden sich in diesem Punkt, da das Gesparte lediglich zur Finanzierung des ansonsten fixen Selbstbehalts der Zusatzversicherung herangezogen wird.

Das amerikanische Modell eines Krankensparkontos unterscheidet sich nicht substantiell von einem klassischen Selbstbehalt. Objekt der Analyse in diesem Beitrag ist daher die Singapur/China-Variante mit folgenden wesentlichen Eigenschaften:

- Die Versicherten tätigen regelmäßige Einzahlungen auf ein privates Krankensparkonto.
- Medizinische Kosten werden zunächst aus diesem Konto beglichen.
- Sind die Einlagen verbraucht, werden die verbleibenden Kosten von einer Zusatzversicherung übernommen. Falls ein Sparziel vereinbart wurde, zahlt der Versicherte lediglich bis zum Erreichen des Sparziels ein.

In diesem Beitrag werde ich Krankensparkonten einer modell-theoretischen Analyse unterziehen und eine Simulation verschiedener Sparregelungen präsentieren. Im Vordergrund steht dabei der Vergleich mit anderen Formen von Selbstbeteiligungen und weniger mit einer Versicherung ohne Selbstbeteiligung. Das heißt, es wird hinterfragt, *wie* eine Eigenbeteiligung in der Krankenversicherung ausgestaltet werden könnte. *Ob* Versicherte überhaupt an ihren medizinischen Kosten beteiligt werden sollten, ist dagegen nicht Gegenstand dieses Beitrags.

Im folgenden Abschnitt stelle ich die Ergebnisse aus der modell-theoretischen Analyse von Klein (2004) vor. Anhand eines Zwei-Perioden-Modells lässt sich zeigen, dass eine Sparoption die Wohlfahrt der Versicherten im Vergleich zu einem fixen Selbstbehalt erhöhen kann. Im dritten Teil dieses Beitrags beschreibe ich eine Simulation, die Selbstbehalt, Krankensparkonto ohne Sparziel, Krankensparkonto mit Sparziel sowie eine Versicherung mit Prämienrückerstattung vergleicht. Die Simulation basiert auf der Ausgabenstatistik der schweizerischen Krankenversicherung CSS. Anschließend führe ich weitere Argumente für Krankensparkonten auf, um schließlich eine mögliche Implementierung in Deutschland zu diskutieren.

2 Modell-theoretische Analyse einer Sparoption in der Krankenversicherung

Aufbauend auf den klassischen Arbeiten zur optimalen Versicherungsnachfrage von Mossin (1968), Gould (1969) und Schlesinger (1981) hat Klein (2004) ein Zwei-Perioden-Modell entwickelt, in dem sich die Optionen „fixer Selbstbehalt“ und „Krankensparkonto“ direkt vergleichen lassen. Ziel ist es zu ermitteln, unter welchen Bedingungen eine Person ein Krankensparkonto vorziehen würde.

Das Entscheidungsproblem eines Individuums in dem Zwei-Perioden-Modell lässt sich wie folgt beschreiben: Die Behandlung von möglicherweise auftretenden Krankheiten verursacht Kosten, die einer nicht näher spezifizierten Wahrscheinlichkeitsverteilung folgen sollen. Das Individuum kann sich gegen diese Kosten versichern. Diese Versicherung umfasst einen Selbstbehalt, der in jeder der zwei Perioden auf einem Krankensparkonto hinterlegt wird und frei gewählt werden kann. Falls der Versicherte erkrankt, werden die Behandlungskosten aus dem Krankensparkonto bezahlt, bis dieses erschöpft ist. Darüber hinausgehende Kosten übernimmt die Versicherung. Zusätzlich kann der Versicherte wählen, welcher Anteil am nicht verbrauchten Selbstbehalt der ersten Periode gespart werden soll.

Beispiel: Der Versicherte hinterlegt in jeder Periode einen Selbstbehalt in Höhe von 1 000 Euro auf das Krankensparkonto. In der ersten Periode fallen Kosten in Höhe von 600 Euro an. Hat der Versicherte eine Sparquote von 25 % gewählt, müsste er $0,25 \times (1\,000 - 600) = 100$ Euro auf dem Konto belassen – die restlichen 300 Euro werden ausgeschüttet. Die 100 Euro stehen dem Versicherten in der darauf folgenden Periode zur Finanzierung medizinischer Kosten zur Verfügung und erhöhen dessen maximale Eigenbeteiligung von 1 000 Euro auf 1 100 Euro.

Verbleiben Mittel nach der zweiten Periode auf dem Krankensparkonto, so werden diese an den Inhaber ausgeschüttet. Der Preis der Versicherung, auch Versicherungsprämie genannt, soll den zu erwartenden Versicherungsleistungen zuzüglich eines proportionalen Kostenaufschlags entsprechen, der die Verwaltungskosten und das von der Versicherung übernommene Risiko deckt. Die Versicherungsprämie wird so kalkuliert, dass der Versicherte in jeder der zwei Perioden einen gleich hohen Preis zahlt. Da die Leistungen der Versicherung mit steigendem Selbstbehalt und höherer Sparquote sinken, reduziert sich dementsprechend auch die Versicherungsprämie.

Die Sparquote, die ein Individuum wählt, gibt Aufschluss darüber, ob eine Sparoption in der Krankenversicherung den Nutzen eines Versicherten erhöhen kann. Eine Sparquote von 0 % entspricht einem klassischen fixen Selbstbehalt – fix, da dieser in jeder Periode gleich groß ist. Dann wäre auch das Hinterlegen des Selbstbezalts auf dem Krankensparkonto nicht erforderlich. Wählt das Individuum dagegen eine Sparquote größer als null, würde folgerichtig ein Krankensparkonto einem fixen Selbstbehalt vorgezogen werden. Klein (2004: 8–11) zeigt, dass dies immer dann der Fall ist, wenn zu erwarten ist, dass der Versicherte

- zum einen in der Lage ist, in der ersten Periode Kapital auf dem Krankensparkonto zu sparen,
- zum anderen erwartet, dass das Gesparte in der zweiten Periode zur Finanzierung seiner medizinischen Ausgaben verwendet werden wird.

Denn ist der Versicherte aufgrund hoher medizinischer Kosten in der ersten Periode gezwungen, seinen gesamten Selbstbehalt zu verwenden, bleiben keine Reserven, die auf dem Krankensparkonto gespart werden könnten. Wenn dies sehr wahrscheinlich ist, unterscheiden sich fixer Selbstbehalt und Krankensparkonto in dem Zwei-Perioden-Modell nicht: Die Höhe der Sparquote ist nicht relevant.

Auf der anderen Seite: Ist es sehr wahrscheinlich, dass lediglich geringe medizinische Kosten in der zweiten Periode anfallen, kann die Versicherungsprämie durch eine Erhöhung

der maximalen Eigenbeteiligung in der zweiten Periode nicht weiter gesenkt werden. Daher bietet eine Sparoption in der Krankenversicherung keine wesentlichen Vorteile gegenüber dem fixen Selbstbehalt. Hier würde eine positive Sparquote lediglich Einkommen in die zweite Periode verschieben.

Interpretiert man die zwei Perioden des Modells als die Jugend und das Alter des Versicherten, so erscheinen die beiden genannten Bedingungen erfüllt zu sein, da die durchschnittlichen Ausgaben für medizinische Betreuung typischerweise mit dem Alter exponentiell wachsen (vgl. Klein 2004: 19).

Allgemein zeigt die Analyse, dass Sparen von Eigenbeteiligung es erlaubt, nicht verwendete Gelder aus Zeiten des „Überflusses“ in Zeiten der „Not“ zu transferieren. Ein Krankensparkonto reduziert dadurch die Schwankungen des verfügbaren Einkommens aufgrund von unvorhergesehenen Behandlungskosten. Risikoaverse Individuen würden auch deshalb eine Sparoption bevorzugen.

Allerdings reduzieren eine Vollversicherung und ein Krankensparkonto, bei dem Verschuldung erlaubt ist, das Einkommensrisiko sogar noch stärker. Bei einer Vollversicherung werden die Kosten einer medizinischen Behandlung von der Versicherung vollständig übernommen. Ebenso würde ein Krankensparkonto mit unbegrenzter Kreditlinie dazu führen, dass alle Kosten über das Sparkonto finanziert werden und das laufende Einkommen des Versicherten nicht mehr betroffen ist. Ein Individuum, das eine der beiden Krankenversicherungen abschließt, hätte jedoch im Vergleich zum Krankensparkonto ohne Verschuldungsmöglichkeit keinerlei finanziellen Anreiz, die Eintrittswahrscheinlichkeit oder die Höhe der Kosten zu reduzieren – auch bezeichnet als ex-ante- und ex-post-moralisches Risiko (Breyer et al. 2005, Kap. 6). Antizipiert die Versicherung ein solches Verhalten, müsste sie den Preis für die Versicherung erhöhen, was diese Versicherungsformen aus Sicht des Versicherten möglicherweise unattraktiv werden lässt.

In dem Zwei-Perioden-Modell ist eine Beeinflussung der Behandlungskosten durch den Versicherten ausgeschlossen. Zudem kann das Modell nicht die Frage beantworten, ob eine Sparquote von 10 %, 50 % oder gar 100 % aus Sicht des Versicherten optimal ist. Dazu müssten Nutzenfunktion und Verteilung der medizinischen Kosten über beide Perioden bekannt sein. In der folgenden Simulation wird deshalb moralisches Risiko explizit berücksichtigt und versucht, zumindest den Bereich zu schätzen, in dem die optimale Sparquote zu erwarten ist.

Folgerung 1:

Eine Sparoption in der Krankenversicherung wird von risikoaversen Individuen bevorzugt, falls diese erwarten, dass ihre medizinischen Ausgaben mit zunehmendem Alter steigen.

3 Simulation verschiedener Formen von Krankenversicherungen

In der modell-theoretischen Analyse wurden keine besonderen Anforderungen an die Verteilung der medizinischen Ausgaben gestellt. Allerdings weisen gerade individuelle medizinische Ausgaben einige Besonderheiten auf. Am Beispiel eines Datensatzes der schweizerischen Krankenversicherung CSS lässt sich zeigen, dass die Ausgaben

- extrem ungleich unter den Versicherten verteilt sind (20 % der Versicherten verursachen ca. 76 % der gesamten Kosten),
- über mehrere Jahre persistent sind (hohe Ausgaben in einem Jahr gehen einher mit hohen Ausgaben in den folgenden Jahren) und
- mit dem Alter im Durchschnitt exponentiell anwachsen (Klein 2004).

Der Schweizer Datensatz, der für die Simulation verwendet wurde, beinhaltet Informationen über die Höhe der individuellen medizinischen Ausgaben von etwa 120 000 Schweizern aus den Jahren 1997 bis 1999. Zusätzlich finden sich Informationen über das Alter, das Geschlecht, die Höhe der Selbstbeteiligung und den Todeszeitpunkt des Versicherten, falls er in einem der drei Jahre verstorben ist.

Diese Daten bilden die Basis für eine Simulation verschiedener Krankenversicherungen, mit dessen Hilfe die Aussagen des theoretischen Modells getestet werden sollen. Vier Versicherungsformen werden miteinander verglichen: Selbstbehalt, Krankensparkonto ohne Sparziel, Krankensparkonto mit Sparziel und Prämienrückerstattung:

Selbstbehalt: In jedem Jahr hat der Versicherte anfallende medizinische Kosten bis zur Höhe des Selbstbehalts vollständig aus eigener Tasche zu begleichen. Alle darüber hinausgehenden Kosten werden von der Versicherung übernommen.

Krankensparkonto ohne Sparziel: Je nach Höhe der Sparquote spart der Versicherte einen Teil des nicht verwendeten Selbstbehalts auf einem Sparkonto an. Medizinische Behandlungen werden immer zunächst aus dem Krankensparkonto finanziert. Genügen die Mittel auf dem Konto nicht, muss der Versicherte bis zur Höhe des Selbstbehalts die Kosten aus dem laufenden Einkommen bezahlen. Alle darüber hinausgehenden Kosten werden von der Versicherung übernommen. Ab einem Alter von 65 Jahren ist der Versicherte nur noch verpflichtet, einen bestimmten Kapitalstock auf dem Konto aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus gesparte Gelder können dem Konto für andere Zwecke entnommen werden.

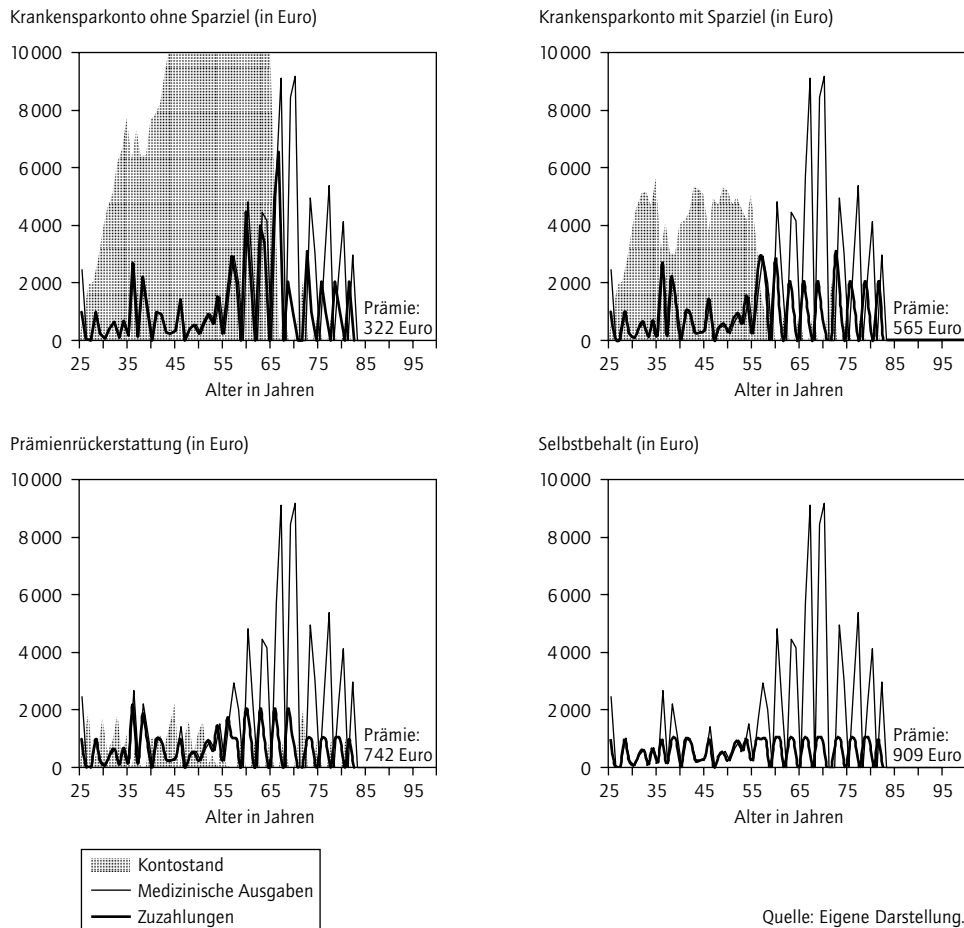
Krankensparkonto mit Sparziel: Der Versicherte hinterlegt in jedem Jahr einen bestimmten Betrag auf dem Sparkonto. Jedoch umfasst das Konto ein Sparziel, bis zu dem der Versicherte regelmäßig Einzahlungen leisten muss. Ist das Sparziel erreicht, braucht der Versicherte nicht weiter einzuzahlen. Medizinische Kosten werden ausschließlich aus diesem Konto beglichen. Sind die Mittel darauf verbraucht, übernimmt die Versicherung die verbleibenden Kosten. Diese Art von Selbstbeteiligung entspricht den *Individual Health Accounts* von Stano (1981).

Prämienrückerstattung: Diese soll hier als eine weitere Variante des Krankensparkontos dargestellt werden, in dem der Versicherte auf ein Krankensparkonto regelmäßig einzahlt und nach einer festgelegten Zeitspanne von beispielsweise drei Jahren sämtliche verbleibenden Mittel wieder ausgeschüttet werden. Während der drei Jahre finanziert der Kontoinhaber seine medizinischen Ausgaben ausschließlich aus den Spareinlagen. Alle weiteren Kosten trägt die Versicherung.

Die Vorgehensweise der Simulation entspricht der von Eichner et al. (1997): Zunächst werden mittels einer Regressionsanalyse Parameter geschätzt, die anschließend zur Extrapola-

Abbildung 1

Beispielhafter Verlauf des Kontostands, der medizinischen Ausgaben und der Zuzahlungen eines Versicherten bei den vier Versicherungsformen



tion der medizinischen Ausgaben einzelner Versicherter verwendet werden. Erweitert wird der Ansatz von Eichner et al. (1997) um die Möglichkeit, dass ein Versicherter stirbt. Zusätzlich wird moralisches Risiko betrachtet. Dafür werden Schätzungen der Preiselastizität der medizinischen Nachfrage aus Werblow und Felder (2002) und Manning et al. (1987) verwendet. Die Details finden sich in Klein (2004: 11 ff.).

Die Prämie, die für die Versicherung jeweils zu zahlen ist, wird folgendermaßen ermittelt: Prämieinnahmen und Ausgaben der Versicherung werden in jedem Jahr saldiert. Anschließend wird eine konstante Jahresprämie gesucht, die den Barwert dieser Zahlungsströme null werden lässt. Dies entspricht einer Nullgewinnbedingung in Ein-Perioden-Modellen (Klein 2004: 24).

Abbildung 1 zeigt beispielhaft den Verlauf des Kontostands, der medizinischen Ausgaben und der Zuzahlungen eines Versicherten für alle vier Versicherungstypen bei einem unter-

stellten Selbstbehalt von 1 000 Euro pro Jahr. Das *Krankensparkonto ohne Sparziel* weist eine Sparquote von 100 % auf, das *Krankensparkonto mit Sparziel* eine maximale Einlage von 5 000 Euro. Deutlich werden die ungleich hohen Zuzahlungen. Beim Krankensparkonto ohne Sparziel und 100 %iger Sparquote fallen die Zuzahlungen in der Summe am höchsten aus. Die kalkulierten Jahresprämien unterscheiden sich daher erwartungsgemäß.

Die Ergebnisse der Simulation sollen hier in Form von weiteren Folgerungen zusammengetragen werden:

Folgerung 2:

Einen nicht verwendeten Selbstbehalt zu sparen kann die Wohlfahrt der Versicherten erhöhen. Insbesondere Versicherte mit hohen Ausgaben im Alter können ihre Prämienzahlungen stark reduzieren, wenn sie einen Teil ihrer Eigenbeteiligung in gesund verbrachten Jahren sparen. Die Vorhersagen des theoretischen Modells sind somit bestätigt.

Ein Krankensparkonto erlaubt, über die Jahre addiert, eine höhere Eigenbeteiligung im Vergleich zu einem fixen Selbstbehalt. Dadurch kann der Versicherte den proportionalen Kostenaufschlag der Prämie sparen.

Voraussetzung für dieses wie die weiteren Resultate ist, dass die Einlagen auf dem Krankensparkonto einen ähnlich hohen Anreiz liefern, moralisches Risiko zu reduzieren, wie ein Selbstbehalt, der aus dem laufenden Einkommen finanziert wird. Ansonsten würde der Kostenspareffekt wieder wettgemacht werden. So argumentieren AAA (1995: 3 ff.) beispielsweise, dass die Gelder auf dem Sparkonto möglicherweise nicht als eigenes Vermögen angesehen würden und daher mit geringerer Anstrengung zu rechnen sei, Kosten zu vermeiden.

Folgerung 3:

Unter den vier verglichenen Versicherungsformen liefert das Krankensparkonto ohne Sparziel den höchsten durchschnittlichen Nutzen und reduziert die Prämienzahlung sowie die medizinischen Gesamtkosten am wirksamsten. Krankensparkonto mit Sparziel sowie eine Versicherung mit Prämienrückerstattung schneiden meist schlechter ab als ein fixer Selbstbehalt.

Der Grund dafür ist, dass ein Krankensparkonto ohne Sparziel als einzige Versicherung dem typischen Anstieg der medizinischen Ausgaben im Alter gerecht wird. Ein Krankensparkonto mit Sparziel und die Prämienrückerstattung erlauben dagegen keine ausreichende Akkumulation von Kapital, um im Alter einen wesentlichen Anteil der eigenen Krankheitskosten zu tragen. Allerdings könnten diese beiden Versicherungen den Vorteil haben, dass sie aufgrund der häufigeren Ausschüttungen moralisches Risiko stärker reduzieren.

Folgerung 4:

Die optimale Sparquote bei einem Krankensparkonto ohne Sparziel lag in der Simulation zwischen 5 und 40 % und stieg mit der Risikoaversion des Versicherten.

Eine Sparquote von 100 % erwies sich in der Simulation als nicht optimal, da dadurch zu viel Kapital in den jungen und mittleren Jahren gebunden wird, ohne die Prämie ausreichend zu senken. Weiterhin ist Risikoaversion ein Maß dafür, wie stark unsichere Schwankungen

des Einkommens den Nutzen eines Individuums reduzieren. So erklärt sich, dass bei stärkerer Risikoaversion der Versicherte eine höhere Sparquote wünscht, um einen größeren Anteil der medizinischen Ausgaben direkt aus dem Krankensparkonto zu finanzieren.

Folgerung 5:

In der Simulation konnten sich 90 % der Versicherten durch einen Wechsel von einer Vollversicherung zu einem Krankensparkonto ohne Sparziel besser stellen.

Trotz der höheren Zuzahlung und der größeren Unsicherheit kann der Übergang zu einer Versicherung mit Krankensparkonto ohne Sparziel für den überwiegenden Teil der Versicherten Vorteile haben, da die Prämie für ein Krankensparkonto deutlich niedriger ausfällt. So konnte beispielsweise die Einführung eines Krankensparkontos ohne Sparziel und mit einem Selbstbehalt von 1 300 Euro pro Jahr sowie einer Sparquote von 40 % die medizinischen Ausgaben aller Versicherten im Vergleich zu einer Vollversicherung um fast 13 % reduzieren. Die Prämie ließ sich um ca. 54 % senken. Unter denen, die sich schlechter stellten, sind vor allem die, die aufgrund von sehr schweren oder häufigen Krankheiten in der Summe hohe Zuzahlungen leisten mussten.

Abschließend zu diesem Kapitel lässt sich Folgendes festhalten:

Folgerung 6:

Um endgültig zu beurteilen, ob ein Krankensparkonto im Vergleich zu anderen Selbstbeteiligungsformen vorteilhaft ist, ist es notwendig abzuschätzen,

- wie viel Verwaltungskosten der Versicherung gespart werden können, wenn die Versicherungsdeckung reduziert wird,*
- wie stark durch moralisches Risiko verursachte medizinische Ausgaben mittels höherer Eigenbeteiligung gesenkt werden können und*
- wie sehr die Herkunft der Mittel diesen Effekt beeinflusst (laufendes Einkommen oder Krankensparkonto).*

4 Weitere Argumente für eine Sparoption in der Krankenversicherung

Bisher konzentrierte sich die Beurteilung von Krankensparkonten auf deren Potential, Kosten zu reduzieren. Im Vergleich zu anderen Formen von Selbstbeteiligung lassen sich jedoch noch weitere Vorteile finden.

Im Gegensatz zu einem fixen Selbstbehalt bestehen bei einem Krankensparkonto kaum Anreize, medizinische Behandlungen zu verzögern, um Zuzahlungen in einem Jahr zu sparen. Ein Teil des Gesparten würde lediglich die maximale Eigenbeteiligung im nächsten Jahr erhöhen. Ein Krankensparkonto könnte deshalb die Versicherten verstärkt dazu anregen, Krankheiten nicht zu verschleppen und stattdessen langfristige Vorbeugung zu betreiben, um spätere Zuzahlungen zu vermeiden und so mit dem Erreichen des Rentenalters Anteile des Gesparten zurückzuerhalten.

Im theoretischen Modell dieses Beitrags wurde Krankheit ausschließlich als Kostenproblem behandelt. Zweifel und Waser (1987: 20 ff.) machen darauf aufmerksam, dass Krankheit an sich das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt. Eigenbeteiligung, die während

einer Krankheit zu zahlen ist, verstärkt diesen Effekt zusätzlich. Ähnlich wie die von Zweifel und Waser (1987) analysierten Bonusoptionen in der Krankenversicherung (hier als Prämienrückerstattung behandelt) erlauben Krankensparkonten die zeitliche Trennung zwischen körperlicher und finanzieller Belastung. Je höher die Sparquote und die Einlagen, desto wahrscheinlicher ist eine solche Trennung. Da in der Simulation dieser Aspekt keine Berücksichtigung gefunden hat, ist die so ermittelte optimale Sparquote im Bereich von 5 bis 40 % möglicherweise unterschätzt.

Krankensparkonten gleichen die finanzielle Belastung der Versicherten tendenziell an. Vergleicht man etwa chronisch Kranke mit Versicherten, die zwar selten, dafür aber hohe Kosten verursachen – etwa aufgrund eines Unfalls –, so würde der chronisch Kranke bei einem fixen Selbstbehalt regelmäßig zuzahlen, während der andere lediglich einmal den Selbstbehalt zahlen müsste. Mit einem Krankensparkonto steigt die Eigenbeteiligung, wenn der Versicherte keine medizinische Behandlung in Anspruch nimmt. Bei einem plötzlichen Unfall könnte die Zuzahlung daher relativ hoch sein, wodurch chronisch Kranke und Unfallpatienten in der Summe möglicherweise eine gleich hohe Belastung zu tragen hätten.

Nicht zuletzt erhöht ein Krankensparkonto zumindest im Vergleich zu einer Vollversicherung die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Versicherten. Da zunächst eigene Mittel verwendet werden, ist der Versicherte gezwungen, zwischen verschiedenen Verwendungszwecken abzuwägen. Ein Krankensparkonto bringt so eher die „wahren“ Präferenzen der Versicherten zutage. Dieser Aspekt wird besonders von den Befürwortern der *Health Savings Accounts* in den USA herausgestellt (beispielsweise von Friedman 2001).

Schließlich lässt sich argumentieren, dass Zuzahlungen jeder Art im Gesundheitswesen Versicherte mit geringem Einkommen am stärksten belasten. Krankensparkonten haben den Vorteil, dass Transferleistungen zur Unterstützung dieser Gruppe zielgerichtet und transparent gestaltet werden können. So könnte etwa ein Teil der Sozialhilfe direkt auf das Krankensparkonto gezahlt werden. Die Empfänger wären so in der Lage, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, ohne die Anreize so stark zu verzerren, wie es bei generell kostenloser Bereitstellung der Fall ist.

5 Schlussfolgerungen für die deutsche Gesundheitspolitik

Die theoretische und simulationsbasierte Analyse liefert unter den getroffenen Annahmen ein deutliches Bild: Krankensparkonten weisen im Vergleich zu anderen Formen von Eigenbeteiligung eine Reihe von Vorteilen auf. Ist es der politische Wille, den Versicherten mehr Eigenverantwortung zuzugestehen, so sollte eine Sparoption in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht gezogen werden.

Die folgende Gestaltung wäre denkbar: Jedem gesetzlich Versicherten wird die Entscheidung eingeräumt, aus einer Menge von jährlichen Selbsthalten zu wählen, beispielsweise 250, 500 oder 1 000 Euro. Zusätzlich sollte der Versicherte auch eine Sparquote wählen dürfen. So wird sichergestellt, dass unterschiedliche Risikoneigungen berücksichtigt werden. Ähnlich wie in Singapur könnten sich auch ganze Familien ein Krankensparkonto teilen.

Der Versicherungsbeitrag sollte sich ausschließlich an der Höhe des gewählten Selbsthalts und der Sparquote orientieren: je höher der Selbstbehalt bzw. die Sparquote, desto niedriger

der Beitrag. Der Beitrag könnte sowohl als Kopfpauschale als auch einkommensabhängig gestaltet werden. Dienen die Einlagen auf den Krankensparkonten dem intertemporalen Risikoausgleich eines Einzelnen, so liefert die zusätzliche Versicherung einen interpersonellen Ausgleich.

Die Bezahlung von medizinischen Leistungen sollte vollständig über das Krankensparkonto abgewickelt werden. Dazu ist es notwendig, dass der Versicherte den gewählten Selbstbehalt zunächst auf das Konto einzahlt. Fallen Kosten für eine Behandlung an, könnten diese so mittels einer Art Kreditkarte direkt vom Krankensparkonto beglichen werden. Genügen diese Mittel nicht, tritt der Versicherungsschutz in Kraft. Falls am Jahresende noch Gelder auf dem Konto vorhanden sind, könnte je nach gewählter Sparquote ein Teil davon wieder ausgeschüttet werden.

Grundsätzlich sollten die Versicherten jede Art von medizinischen Leistungen (ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausaufenthalt etc.) zunächst selbst finanzieren müssen. Bestimmte Leistungen, die von hohem Nutzen für die Allgemeinheit sind – etwa Schutzimpfungen –, könnten jedoch von der Zuzahlung befreit werden, um deren Akzeptanz zu fördern.

Damit die Einlagen auf dem Krankensparkonto tatsächlich als Vermögen der Versicherten wahrgenommen werden, ist es notwendig, über weitere Entnahmeregeln nachzudenken. In der Simulation wurde bereits die Regelung getroffen, dass mit dem Renteneintritt des Versicherten dieser nur noch einen bestimmten Betrag auf dem Krankensparkonto zurückhalten muss – beispielsweise 10 000 Euro. Sind die Einlagen größer, kann sich der Versicherte den Mehrbetrag auszahlen lassen und braucht nicht weiter einzuzahlen. Liegen sie darunter, müsste der Versicherte allerdings erneut sparen. Beim Tod des Versicherten könnten ähnlich wie in Singapur die Einlagen vererbt werden.

Personen mit niedrigem Einkommen und Älteren entsteht ein Nachteil beim Übergang zu einer Krankenversicherung mit Sparoption: Beiden dürfte es nicht gelingen, in ausreichendem Maße Kapital zu akkumulieren. Den Beziehern niedriger Einkommen könnte über die Sozialhilfe oder andere Transferleistungen eine Mindesteinlage garantiert und zusätzlich die Prämie zur Versicherung erlassen werden. Den Versicherungsbeitrag zu subventionieren wäre auch eine denkbare Variante für Versicherte, die aufgrund ihres Alters mit höheren medizinischen Ausgaben zu rechnen haben.

Schließlich erfordert eine solche aktive Rolle der Versicherten im Gesundheitswesen, dass diese besser über Preise und Qualität von medizinischen Leistungen informiert werden. Dazu sind wettbewerbsrechtliche Schritte notwendig, die beispielsweise die Anbieter verpflichten, Preise auszuhängen und über ihre Qualifikationen Auskunft zu geben. Weiterhin sollten Behandlungsmethoden und Arzneimittel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz von unabhängigen Instituten überprüft und die Informationen den Versicherten leicht zugänglich gemacht werden.

Literaturverzeichnis

AAA (1995): *Medical Savings Accounts: Cost Implications and Design Issues*. Public Policy Monograph. 1. American Academy of Actuaries, Washington, D.C.

- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005): *Gesundheitsökonomik*. 5. Aufl. Berlin, Springer.
- Eichner, M., M. McClellan und D. Wise (1997): Health Expenditure Persistence and the Feasibility of Medical Savings Accounts. In: M. Poterba (Hrsg.): *Tax Policy and the Economy*. Vol. 11. Cambridge, MA, The MIT Press, 91–128.
- Friedman, Milton (2001): How to Cure Health Care. *The Public Interest*, No. 142, 3–30.
- Goodman, J. C. (2004): *Health Savings Accounts will Revolutionize American Health Care*. NCPA Brief Analysis No. 464. Dallas, TX.
- Gould, J. (1969): The Expected Utility Hypothesis and the Selection of Optimal Deductibles for a Given Insurance Policy. *The Journal of Business*, 42 (2), 143–151.
- IRS (2004): *Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans*. Publication 969. Cat. No. 24216S. U.S. Department of Treasury, Internal Revenue Service. Washington, D.C.
- Klein, R. (2004): *Medical Savings Accounts or Deductible: A Theoretical and Simulation-Based Comparison*. Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge 32. Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz und M. Marquis (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77 (3), 251–277.
- Matisonn, S. (2000): *Medical Savings Accounts in South Africa*. NCPA Policy Report 234. Dallas, TX.
- Mossin, J. (1968): Aspects of Rational Insurance Purchasing. *Journal of Political Economy*, 76 (4), 553–568.
- Schlesinger, H. (1981): The Optimal Level of Deductible in Insurance Contracts. *The Journal of Risk and Insurance*, 48 (3), 465–481.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (1987): *Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte der Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen*. Tübingen, Mohr.
- Singapurs Ministerium für Gesundheit (2004): Health Care Financing Philosophy. Download unter: app.moh.gov.sg/you/you01.asp 4 (Stand: 30.03.2004).
- Stano, M. (1981): Individual Health Accounts: An Alternative Health Care Financing Approach. *Health Care Financing Review*, 3 (1), 117–125.
- Werblow, A. und S. Felder (2002): *Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz*. Diskussionspapier. Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Magdeburg.
- Yip, W. C. und W. C. Hsiao (1997): Medical Savings Accounts: Lessons from China. *Health Affairs*, 16 (6), 244–251.
- Zweifel, P. und O. Waser (1987): *Bonusoptionen in der Krankenversicherung*. Stuttgart, Bleicher-Verlag.