

Krankensparkonten aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Versicherten

Korreferat zum Beitrag von Ronny Klein: „Ansparen von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung?“

Von Claudia Pütz*

1 **Krankensparkonten als versicherungsbetriebswirtschaftliche oder gesundheitspolitische Option**

Aufbauend auf den theoretischen Überlegungen von Ronny Klein zu den Möglichkeiten von Krankensparkonten widmet sich das Korreferat der Frage, ob die Idee der Krankensparkonten für eine gesetzliche Krankenkasse und ihre Versicherten eine interessante Option darstellt. Das heißt:

- Ist es unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Krankenkasse attraktiv, Krankensparkonten einzuführen?
- Ist die Einführung von Krankensparkonten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Position, die in die gesundheitspolitische Reformdebatte von einer Kasse als Weiterentwicklungsoption eingebracht werden sollte?

2 **Selbstbehaltübernahme und Ansparprozess als Grundelemente der Krankensparkonten**

Um beide Fragen beantworten zu können, sollte man sich das Grundprinzip der Krankensparkonten vergegenwärtigen. Sie bestehen im Kern aus zwei Komponenten. Die erste Komponente ist die Eigenbeteiligung des Versicherten an seinen individuellen Krankheitskosten bis zur Höhe eines fixen jährlichen Selbstbehalts von spürbarer Höhe. Die zweite Komponente besteht aus einem Ansparprozess, in dessen Rahmen der Versicherte eine bestimmte Summe seiner Finanzmittel auf einem Sparkonto zurücklegt.

Im Gesamtkonzept der Krankensparkonten haben die vom Versicherten zu tragenden Selbstbehalte vor allem das Ziel, eine Steuerungswirkung auf die Nachfrage nach medizinischer Versorgung zu entfalten, das heißt, der Versicherte soll einen hohen Anreiz zur sparsamen Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen haben. Um einen nachhaltigen Steuerungseffekt zu erreichen, benötigt man hohe jährliche Selbstbehalte.¹

* Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung Hamburg, E-Mail: dr.claudia.puetz@tk-online.de

¹ Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten nachzuweisen ist methodisch anspruchsvoll. Eine Reihe von Studien nähert sich der Frage mit unterschiedlichen Konzepten und Ergebnissen (vgl. die Zusammenstellungen in Pütz 2003: 120 ff. und 132 ff.).

Verpflichtet man alle Versicherten zu sehr hohen Selbstbehalten, die im Krankheitsfall aus eigener Tasche zu zahlen sind, so können untragbare finanzielle Belastungen auftreten. Um negative monetäre Auswirkungen für den Einzelnen abzufedern, kombiniert das Konzept der Krankensparkonten die obligatorische Selbstbehaltübernahme mit einem verpflichtenden Ansparprozess. Er hat zum Ziel, in krankheitsfreien Perioden Rücklagen aufzubauen, die im Krankheitsfall die Selbstbeteiligung finanzieren.

3 **Krankensparkonten unter den bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen**

Unter den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen kann eine Krankenkasse einen Wahltarif mit Krankensparkonto als Satzungsleistung anbieten, z. B. auf der rechtlichen Grundlage eines Modellvorhabens nach § 63 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Der Selbstbehalt muss dann frei wählbar sein, der dazugehörige Ansparprozess kann als obligatorische oder fakultative Komponente gestaltet werden.

3.1 Wählbare Selbstbehalte mit obligatorischer Sparquote

Bei dieser Modellvariante offeriert die Kasse mehrere Stufen von wählbaren Selbstbehalten, etwa 250, 500 oder 1 000 Euro pro Jahr. Entscheidet sich der Versicherte für eine Selbstbehaltstufe, so erhält er einen entsprechenden jährlichen Beitragsnachlass. Daneben muss er Rücklagen auf einem Sparkonto bilden. Dabei kann er unter mehreren vorgegebenen Sparquoten wählen, z. B. 30, 50 oder 100 % des gewählten Selbstbehalts. Zusätzlich gelten bestimmte Regelungen zur Entnahme und Verfügbarkeit der angesparten Rücklagen.

Wie ist ein derartiges Modellvorhaben aus betriebswirtschaftlicher Sicht einer Krankenkasse und aus der Kundenperspektive ihrer Versicherten zu bewerten?

Durch das erweiterte Angebot entsteht mehr Tarifauswahl für die Versicherten, was deren Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume erweitert. Mehr Tarifauswahl kann die Attraktivität der Kasse steigern und damit ihre Wettbewerbsposition verbessern, was die Abwanderung zur Konkurrenz mindert und das Neukundengeschäft positiv beeinflusst. Des Weiteren wird die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten gestärkt. Wählbare Selbstbehalte können die Nachfrage nach medizinischer Behandlung steuern und die unnötige oder übermäßige Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen unterbinden. Diese Minde rung des „Moral-Hazard-Effekts“ wirkt für die Versichertengemeinschaft der Kasse ins gesamt ausgabendämpfend.

Eine Erhöhung der Eigenverantwortlichkeit und eine Verminderung des moralischen Risikos kann eine Kasse allerdings auch erreichen, wenn sie reine Selbstbehalttarife anbietet. Selbstbehalttarife kennt man zum einen in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz, wo Wahlfranchisen eine geübte Praxis sind. Zum anderen bietet eine Reihe von gesetzlichen Kassen in Deutschland bereits heute Wahltarife mit Selbstbehalten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V an. Dazu zählen die Techniker Krankenkasse, die Handelskranken kasse Bremen und die meisten Allgemeinen Ortskrankenkassen.

Was sind also die Vorteile der Krankensparkonten gegenüber reinen Selbstbehalttarifen?

Erstens sind mit den Krankensparkonten für Geringverdiener höhere Eigenbeteiligungen durchsetzbar als mit Selbstbehalttarifen, weil sie durch den obligatorischen Anspartarif in die Lage versetzt werden, eine hohe finanzielle Belastung im Krankheitsfall zu schultern.

Zweitens senken die Krankensparkonten den bei reinen Selbstbehalttarifen vorhandenen Anreiz zur Krankheitsverschleppung. Für den Versicherten macht es wenig Sinn, notwendige medizinische Behandlungen zu unterlassen, weil er deren finanzielle Folgen fürchtet. Denn durch den obligatorischen Sparprozess verfügt er über genügend monetäre Rücklagen für den Krankheitsfall. Andererseits reduziert der auf dem Konto gebildete Kapitalstock den beabsichtigten Steuerungseffekt von Selbstbehalten, da die finanzielle Belastung des Versicherten nicht mehr mit dem Zeitpunkt der Nachfrage nach medizinischer Behandlung zusammenfällt. Der Vorteil, dass der Anreiz zur Krankheitsverschleppung vermindert wird, relativiert sich damit.

Wo liegen die Nachteile von Krankensparkonten gegenüber reinen wählbaren Selbstbehalttarifen?

Die Verknüpfung eines wählbaren Selbstbehalts mit einem obligatorischen Sparprozess erinnert an ein von der Kasse verordnetes Zwangssparen. Einerseits räumt die Tarifvariante dem Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich seines Versicherungsumfangs ein, andererseits schränkt sie seine Konsumentensouveränität im gleichen Schritt ein, indem sie ihm eine selbständige Entscheidung über die Verwendung seiner finanziellen Ressourcen nimmt. Dieses Gesamtbild trifft nicht die Interessen der Zielgruppen. Denn die Klientel, für die wählbare Selbstbehalte eine interessante Option darstellen, möchte nicht gleichzeitig zum Zwangssparen herangezogen werden.

3.2 Wählbare Selbstbehalte mit freiwilligem Ansparen

Um die konfliktierenden Eigenschaften von wählbaren Selbstbehalten und verpflichtenden Anspartarifen zu umgehen, hat eine Krankenversicherung im Rahmen der geltenden Rechtslage auch die Möglichkeit, wählbare Selbstbehalte in Verbindung mit einem optionalen Sparprozess anzubieten. Ein solches Modellvorhaben gleicht der zuvor beschriebenen Variante, außer dass die Verpflichtung zur Bildung von Rücklagen über Sparkonten nicht besteht. Der Versicherte kann frei entscheiden, ob er finanzielle Rücklagen bilden möchte oder nicht. Entscheidet er sich dafür, so kann er unter den zuvor genannten Sparquoten auswählen.

In der Angebotsvariante liegt ein konzeptioneller Widerspruch. Auf der einen Seite räumt man dem Versicherten die Möglichkeit für eine Selbstbehaltübernahme ein, das heißt, er finanziert bis zur Selbstbehaltsgrenze sein Krankheitsrisiko aus eigener Tasche. Davon angesprochen werden Kunden mit bewusster Risikoneigung und dem Wunsch, die Versicherungsbeiträge zu verringern. Den gleichen Kunden soll aber durch das fakultative Ansparen eines Finanzpolsters ein Sicherheitsgefühl vermittelt werden.

An diesem konzeptionellen Widerspruch scheiterten die in den USA von 1997 bis 2002 erprobten *Health Savings Accounts*. Dort wurden Krankensparkonten in staatlichen Projekten für bestimmte Versichertengruppen als alternative Versicherungsformen angeboten.

Die Grundidee bestand darin, durch steuerliche Anreize die Bürger zu einer freiwilligen Einzahlung in Krankensparkonten zu bewegen. Die Versicherungen boten die Sparkonten zusammen mit einem Selbstbehalttarif an, der durch den hohen Eigenbehalt einer Hochrisikoversicherung entsprach. Die Resonanz in der Bevölkerung war weit geringer als erwartet; eine Eignung des Konzepts für breite Bevölkerungsgruppen konnte nicht nachgewiesen werden (vgl. Schreyögg 2003: 132 ff. und die dort genannten Quellen).

Als Fazit dieses Kapitels ist festzuhalten: Innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens können Krankensparkonten nur als Wahltarife über die Satzung angeboten werden. Dann treten aber konzeptionelle Widersprüche auf, die den Versichertenbedürfnissen entgegenlaufen. Für eine Kasse sind Krankensparkonten unter diesen Bedingungen nicht attraktiv.

4 **Krankensparkonten bei Änderung der Rechtslage**

Obligatorische Selbstbehalte mit obligatorischem Ansparen

Akzeptiert man Änderungen im normativen Rahmen, so kann die GKV auf ein System mit Krankensparkonten umstrukturiert werden. Das entspricht dem Vorschlag von Ronny Klein, der einen obligatorischen Selbstbehalt mit einer obligatorischen Sparquote für alle Versicherten vorsieht. Für eine Kasse ist es denkbar, sich in der gesundheitspolitischen Diskussion für die Reformoption Krankensparkonten einzusetzen.

Eine solche Reformoption für die GKV orientiert sich an den „Medical Savings Accounts“ in der staatlichen Krankenversicherung Singapurs. Sie beinhalten ebenfalls obligatorische Selbstbehalte für alle Bürger und eine damit verbundene zwingende Rücklagenbildung über gesetzliche Sparkonten.

Der zwingende Charakter beider Komponenten – Selbstbehalt und Ansparen – hebt die Widersprüche der in Kapitel 3 diskutierten Ausgestaltungsvarianten auf, aber die Erfolgsparameter der singapurianischen *Medical Savings Accounts* lassen sich nicht ohne weiteres auf die GKV übertragen. Denn die *Medical Savings Accounts* betonen das Subsidiaritätsprinzip und richten ihr Hauptaugenmerk auf die Eindämmung des „Moral-Hazard-Effekts“, indem alle Bürger den Großteil ihrer Krankheitskosten eigenverantwortlich übernehmen und die Sparguthaben innerhalb ihres Familienverbandes vererben können. Die *Medical Savings Accounts* setzen direkt an der Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsgütern an, indem sie den Gesundheitsmarkt in drei Nachfragebereiche einteilen:

- Der erste Nachfragebereich besteht aus den wenig ausgabenintensiven ambulanten Leistungen und den sogenannten „Wellness-Leistungen“. Er ist komplett aus eigener Tasche zu zahlen.
- Der zweite Nachfragebereich umfasst ausgabenintensive ambulante Leistungen und wenig ausgabenintensive stationäre Leistungen. Er ist über die *Medical Savings Accounts* zu finanzieren.
- Für den dritten Nachfragebereich, der ausgabenintensive stationäre Leistungen und chronische Krankheiten einschließt, kommt eine beitragsfinanzierte Hochrisikoversicherung auf.

Auf die Verhältnisse der GKV übertragen heißt das, dass über die Krankensparkonten alle Behandlungsfälle abgewickelt werden, deren Kosten bis zu den Durchschnittskosten einer stationären Behandlung reichen. Das waren im Jahre 2003 rund 2 650 Euro.² Der jährliche Selbstbehalt hat dann diese Größenordnung. Die GKV gleicht somit in weiten Teilen einer Eigenversicherung; eine kollektive Absicherung über Versicherungsgemeinschaften im klassischen Sinn ist nur für sehr teure Behandlungsfälle und chronische Krankheiten vorgesehen.

Historisch kommt die deutsche GKV aus einer anderen Richtung. Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs erlebte sie den schrittweisen Ausbau zur Krankheitskostenvollversicherung für fast alle Bevölkerungskreise mit einem breit angelegten Leistungskatalog. Der Solidar gedanke wurde immer weiter ausgedehnt, das Subsidiaritätsprinzip entsprechend zurück gedrängt.

Die aktuelle Reformgesetzgebung versucht zwar die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die obligatorische Selbstbeteiligung für alle durch verschiedene Maßnahmen wie Praxisgebühr und prozentuale Zuzahlungen erhöht. Gleichzeitig zeigte aber die Diskussion um den Gesetzgebungsprozess, dass eine breite politische Mehrheit für obligatorische Selbstbehalte in spürbarer Höhe nicht zu finden ist, auch wenn deren versicherungstechnisch positiven Effekte durchaus zur Kenntnis genommen werden.

Es ist anzunehmen, dass die Krankensparkonten an den zwingend hohen Selbstbehalten scheitern, ganz abgesehen von den ungelösten technischen Schwierigkeiten, die mit dem Aufbau, der Verwaltung und der Übertragbarkeit der Krankensparkonten einhergehen. Offen ist auch die Frage, in welcher Art und Weise die angesparten Gelder auf den Kapitalmärkten zu platzieren sind und wie eine langfristige Renditeentwicklung aussieht. Auf derartige Umsetzungsprobleme geht Ronny Klein nicht ein; von ihrer Beantwortung hängen die Realisierungschancen der Krankensparkonten aber ebenfalls ab (vgl. Spreemann 2004).

Als politische Option für eine Kasse erscheint es deshalb interessanter, sich für reine wählbare Selbstbehalttarife einzusetzen. Einen ersten Schritt, um die Akzeptanz von wählbaren Selbstbehalttarifen zu eruieren und die Effekte auf das Solidarsystem GKV zu evaluieren, hat eine Reihe von Kassen bereits getan.

5 **Krankensparkonten als Modell für die Pflegeversicherung**

Die bisherigen Überlegungen zeigen: Für eine Krankenkasse sind unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen Krankensparkonten keine interessante Angebotsoption. Sie haben keine echten Stärken gegenüber reinen Selbstbehalttarifen. In der gesundheitspolitischen Positionierung ist es sachgerechter, für die Einführung eines Wahlfranchise modells ähnlich wie in der Schweiz zu plädieren.

Die von Ronny Klein untersuchten Krankensparkonten könnten aber eine Perspektive in der gesetzlichen Pflegeversicherung haben. Die Pflegeversicherung sieht eine lange Vor

2 Als Maßstab für die Durchschnittskosten dienen hier Krankenhausfälle mit DRG (Diagnosis Related Groups)-Relativgewicht 1; vgl. Deutsches Krankenhausinstitut (2003: 13 ff.).

versicherungszeit ohne Leistungsinanspruchnahme vor. Tritt der Versicherungsfall ein, so ist er normalerweise langwierig und teuer. Beide Eigenschaften könnten höhere Selbstbehalte aus eigener Tasche rechtfertigen und einen Ansparprozess begünstigen.

Literaturverzeichnis

- Deutsches Krankenhausinstitut (2003): *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf.
- Pütz, C. (2003): *Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung*. Baden-Baden, Nomos Verlag.
- Schreyögg, J. (2003): *Medical Savings Accounts*. Baden-Baden, Nomos Verlag.
- Spreemann, B. (2004): Das „Persönliche Gesundheitskonto“ (GeKo) – ein neues Finanzierungsmodell zur Absicherung von Krankheitskosten in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 9 (1), 49–53.