

## 6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik? – Rückblick auf ein großes Projekt

Im Folgenden suchen wir nach dem Gehalt des Begriffs „Eigenverantwortung“, von dem wir bisher lediglich wissen, dass er quasi zyklisch und reziprok zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Lage an Bedeutung gewinnt oder verliert und dass er bisher nicht in dem Umfang Einzug in die Wahlprogramme gefunden hat, wie es zu vermuten gewesen wäre.

Der Befund, dass man sich in Deutschland an die Bedeutung der Eigenverantwortung immer erst dann erinnert, wenn einem der Zustand der Wirtschaft nicht so gut erscheint, passt auf den ersten Blick nicht zu den Vorstellungen, die das bundesdeutsche Wirtschaftssystem noch immer von sich selbst hat, nämlich eine Soziale Marktwirtschaft zu sein. Die Mehrzahl der Parteien, die im Bundestag direkt oder indirekt vertreten sind, beziehen sich positiv darauf.<sup>24</sup>

Die Soziale Marktwirtschaft basiert auf dem Wettbewerb zwischen Unternehmen, bringt laufend Produktivitätssteigerungen hervor und soll damit für steigende gesellschaftliche Wohlfahrt sorgen. Gleichzeitig nutzt sie aber auch die Möglichkeiten der Umverteilung in „in Form von Fürsorgeleistungen, Renten- und Lastenausgleichszahlungen, Wohnungszuschüssen, Subventionen usw.“. Allerdings findet „die sozialpolitisch orientierte Korrektur der Markteinkommen (...) ihre Grenzen dort, wo die Funktionsfähigkeit einer Wettbewerbswirtschaft beeinträchtigt wird sowie Eigenverantwortung und Initiative der Bürger durch einen Versorgungsstaat gelähmt werden, wobei die konkrete Grenzziehung aber offen bleibt.“ (Andersen 2022) Die Eigenverantwortung ist daher ein der Sozialen Marktwirtschaft inhärentes Element, das diese vom Versorgungsstaat abgrenzt.

### *6.1 Die Vermessung der Eigenverantwortung: empirische Studie von IGES, RAND und der Bertelsmann Stiftung aus den Jahren 2003 und 2004*

Im April 2003 startete das Projekt „Eigenverantwortung“ als Kooperation zwischen dem IGES Institut sowie der RAND Corporation und der Bertels-

---

24 Positiv: CDU/CSU, SPD, Grüne, FDP, AfD. Negativ: BSW, Die Linke.

mann Stiftung.<sup>25</sup> Das Projekt endete 2004 mit einer Reihe von Erörterungen der Ergebnisse unter Experten und deren Publikation (Bertelsmann Stiftung 2004). Das Projekt lief praktisch parallel zum politischen Prozess, der im November 2003 das GMG hervorbrachte.<sup>26</sup>

Im Jahr 2003 herrschte zumindest unter gesundheitspolitischen Ideengebern aus Wissenschaft, Politik und Praxis ein gewisser Konsens, dass das Gesundheitssystem der Zukunft weniger durch gesetzliche Detailregelungen, sondern vielmehr durch Verhandlungslösungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten gestaltet sein soll, die allerdings durch ein gesetzliches Rahmenwerk auf die Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung verpflichtet sein sollten. Damit standen die Prinzipien „Wahlfreiheit“ und damit auch die Verpflichtung zur „Eigenverantwortung“ im Zentrum der Gedanken.

Dieses Projekt wurde fünf Jahre später um eine umfangreiche Befragung von 3.000 Deutschen zu ähnlichen Reformoptionen wie bei dem vorausgehenden Projekt ergänzt (Nolting et al. 2009). Damit wurde die Akzeptanz einzelner Reformoptionen quantitativ messbar. Aus den Ergebnissen lassen sich auch wichtige Hinweise auf die Einschätzung der Bevölkerung zum Thema „Eigenverantwortung“ gewinnen. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 6.7 berichtet.

## 6.2 Die grundlegende Problematik im Gesundheitssystem: Moral Hazard

„Moral Hazard“ („moralisches Risiko“) ist für das Thema „Eigenverantwortung“ von pivotaler Bedeutung. Es beinhaltet eine Situation, in der ein Patient aufgrund des bestehenden Versicherungsschutzes nur teilweise oder gar nicht den finanziellen Folgen seiner Entscheidungen ausgesetzt ist, je nach dem Grad des Versicherungsschutzes. Dies bedeutet, dass Versicherte

---

25 IGES und RAND waren in den frühen 2000er Jahren eine Kooperation eingegangen, um in Deutschland und Europa die methodischen Ressourcen von RAND nutzbar zu machen.

26 Das Projekt hatte zum Ziel, Szenarien zu liefern, mit denen die sich damals voll im Gang befindliche gesundheitspolitische Diskussion über eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems beflügelt werden sollte. Die Kooperation mit der RAND Corporation war durch die Förderung der Bertelsmann Stiftung möglich geworden und sollte deren umfangreiche Erfahrungen mit der Erforschung von Krankenversicherungssystemen insbesondere durch das bekannt gewordene „RAND Health Insurance Experiment“ (Newhouse und Insurance Experiment Group 1994) sowie die Gestaltung von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen in das Projekt einbringen.

möglicherweise keinen finanziellen Anreiz haben, unnötige medizinische Leistungen zu vermeiden oder Leistungen mit einem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis in Anspruch zu nehmen. Das Konzept des „moralischen Risikos“ ist mit der Vorstellung verbunden, dass mit einem umfassenden Versicherungsschutz die Wahrscheinlichkeit eines solchen Verhaltens zunimmt, da die Versicherten vor den vollen Kosten ihrer Entscheidungen im Gesundheitswesen geschützt sind.

Moral Hazard ist daher die Kehrseite einer solidarischen Krankenversicherung, die im Idealfall keinerlei Restriktionen gegenüber der Inanspruchnahme von verfügbaren Leistungen aufbaut. Interessanterweise regelt § 1 des SGB V („Solidarität und Eigenverantwortung“) sowohl die Verpflichtung zur Solidarität als auch die Verpflichtung zur Eigenverantwortung:

*§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung*

*Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG))*

Die Stärkung der Eigenverantwortung ist einerseits ein sehr allgemeiner Begriff, andererseits jedoch von grundsätzlicher Bedeutung für die Beeinflussung eines Gesundheitssystems, das wie das deutsche auf dem Grundgedanken der Solidarität aufgebaut ist. Es garantiert eine Inanspruchnahme von Leistungen, die als „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ definiert sind und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. (§ 12 SGB V) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)). Moral Hazard zu reduzieren ist gleichbedeutend damit, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen.

### 6.3 Eigenverantwortung kann es nur auf der Basis von Wahlentscheidungen geben

Vor diesem Hintergrund stellte das Projekt „in Ermangelung einer etablierten ‚Theorie der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen‘“ eine operative Definition des Themenfeldes auf, in dem zukünftig eigenverantwortliche Wahlentscheidungen getroffen werden sollten (Nolting et al. 2004a). In absteigender Reihenfolge der Tragweite dieser Entscheidung in Bezug auf die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten sind dies:

- Wahl der Möglichkeit, das Behandlungsgeschehen weiterhin autonom zu gestalten oder ganz bzw. teilweise dem Management eines *Managed Care* Providers zu übertragen (darunter auch „Gate Keeping“)
- Wahl der Inanspruchnahme einer Leistung unter der Bedingung, dass diese mit einer *Risikobeteiligung* an den Gesundheitskosten (Zuzahlungen etc.) oder einer Bonuszahlung verbunden ist (Wahl des individuellen gesundheitsbezogenen Verhaltens)
- Wahl innerhalb des *Leistungskatalogs* einer Krankenkasse in der GKV (Wahlleistungen, Wahltarife)
- Wahl des *Versicherers* oder eines bestimmten Leistungspaketes, das ein Versicherer anbieten könnte (PKV/GKV; Satzungsleistungen in der GKV)

In den Beiträgen von Sehlen (Sehlen 2004) und van Beusekom et al. (Beusekom et al. 2004) erfolgte eine detaillierte Analyse der verschiedenen Instrumente, mit denen Wahlentscheidungen für die Versicherten und Patienten ermöglicht werden.

#### 6.3.1 Wahl von Managed Care-Angeboten

Grundsätzlich bietet sich die Möglichkeit, Versicherte wählen zu lassen, ob sie freiwillig darauf verzichten wollen, die meisten verfügbaren Leistungen direkt in Anspruch zu nehmen. Sie verpflichten sich dann, einen Hausarzt als „Gate Keeper“ aufzusuchen oder komplexere Lösungen, die eine Managed-Care-Organisation bieten kann, heranzuziehen. In der Theorie sind diese Entscheidungen für die Laufzeit der Vereinbarung bindend.<sup>27</sup> Diese Form der Steuerung bedeutet zum einen den Verlust an Autonomie und wird daher in

---

27 Die in Deutschland derzeit angebotenen „Selektivverträge“ enthalten diese Verpflichtung nicht. Es gilt weiterhin das Recht auf freie Arztwahl.

der Regel durch einen Nachlass bei der Versicherungsprämie kompensiert, die durch Effizienzsteigerungen bei der Versorgung generiert wird.

Bei dieser Variante können verschiedene Instrumente wie Kopfpauschalen für Leistungserbringer vorkommen, die Anreize für eine effiziente Ressourcennutzung bieten. Managed Care beinhaltet häufig ein Gate-Keeping, bei dem der Zugang zu Fachärzten von Hausärzten kontrolliert wird, um Kosten und Versorgungsqualität zu steuern.

### 6.3.2 Wahl von Risikobeteiligung

Die Instrumente der Risikobeteiligung im Gesundheitswesen umfassen insbesondere:

1. Zuzahlungen: Es handelt sich um einen Festbetrag oder Prozentsatz, der bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gezahlt wird.
2. Boni: Sie können für die Erreichung bestimmter Ziele (Ausgaben begrenzen bis zu einem Limit) auch für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen gezahlt werden, die der Prävention dienen sollen.
3. Selbstbehalte: Hierbei tragen Versicherte einen festen Anteil der Kosten bis zu einem bestimmten Betrag selbst, bevor die Versicherung eintritt.
4. Beitragsrückerstattungen: Versicherte, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten Rückerstattungen.

### 6.3.3 Wahl des Leistungskatalogs

Bei der Wahl des Leistungskatalogs geht es zum einen darum, den Versicherten die Möglichkeit zu bieten, bei bestimmten Leistungspaketen, wie z. B. dem Zahnersatz oder der kieferorthopädischen Behandlung, zwischen einer Basisvariante und zusätzlichen Varianten zu wählen.

In einigen Bereichen können bestimmte Leistungen komplett ausgeschlossen werden, was dann die Wahl eröffnet, auf Leistungen ganz zu verzichten oder sie komplett aus eigener Tasche zu bezahlen (z. B. Lifestyle-Medikamente, nicht verschreibungspflichtige Medikamente, ästhetische Behandlungen etc.).

Von zunehmender Bedeutung ist auch der Ausschluss von Leistungen, die nicht den Anforderungen des SGB V nach §12 genügen, weil für sie insbesondere kein ausreichender Beleg ihres Nutzens oder Zusatznutzens vorgelegt werden kann.

## 6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

### 6.3.4 Wahl des Versicherers oder eines bestimmten Leistungspaketes, das ein Versicherer anbieten könnte

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, beim Abschluss einer Versicherung den Versicherer zu wählen. In Deutschland ist es einem stark eingeschränkten Personenkreis möglich, zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) zu wählen, die sich in vielerlei Hinsicht (Preis, Umgang mit Vorerkrankungen, Zugang zu Leistungen etc.) stark unterscheiden. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung liegen in Bezug auf das verfügbare Leistungsspektrum wenig Unterschiede vor. Diese beziehen sich vor allem auf die sog. „Satzungsleistungen“, die sich nicht auf „harte“ medizinische Leistungen ausrichten. In Bezug auf die Höhe des (Zusatz-)Beitrags zeigen sich erstaunlich große Unterschiede, die trotz des Risikostrukturausgleichs und eines weitgehend homogenen Leistungsangebots dennoch bestehen.

Die Wahl des Versicherers erlaubt nur in der PKV einen differenzierten Zugang zu präferierten Leistungen. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht diese Möglichkeit aufgrund des einheitlichen Leistungskatalogs nur selten. Bieten Selektivverträge heutzutage noch Unterschiede?

### 6.3.5 Weitere Regulierungen, die einen Einfluss auf die Ausübung von Eigenverantwortung haben können

Darüber hinaus tragen indirekt auch Leistungsausweitungen, der Einschluss immer neuer Bevölkerungsgruppen sowie das Eindringen in bisher nicht der sozialen Sicherung unterworfenen Lebensbereiche zum Abbau von Eigenverantwortung bei.

## 6.4 Drei Zukunftsszenarien aus der Perspektive von 2003/4

Gesundheitspolitische Diskussionen, insbesondere wenn sie sich mit der Gestaltung des Gesundheitssystems als Ganzes befassen, müssen mit der Schwierigkeit umgehen, dass die Vielfalt von möglichen Systemelementen oder Reformansätzen komplex und unübersichtlich erscheint. Vor diesem Hintergrund hatte das Projekt drei Szenarien entwickelt, die unter Fachexperten diskutiert und gegeneinander abgewogen wurden. Die Szenarien wurden so formuliert, als ob man sie aus einem in der Zukunft liegenden

Zeitpunkt rückwirkend betrachten würde, um in der damaligen Gegenwart von 2003 den Eindruck zu erwecken, dass dies tatsächlich so passiert sei.

Folgende drei Szenarien wurden ausgearbeitet:

1. „Managed Care“ (Vertragswettbewerb und integrierte Versorgung)<sup>28</sup>
2. „Wahl von Zusatzpaketen“ (Solidarische Grund- und individuelle Zusatzversorgung)<sup>29</sup>
3. „Staatliches Gesundheitssystem“ (Die Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder)<sup>30</sup>

Die Szenarien waren wie folgt ausgearbeitet:

#### 6.4.1 Szenario 1: „Managed Care“

Dieses Szenario galt in der damaligen Zeit als sehr moderne Alternative zum herkömmlichen deutschen Gesundheitssystem. Der Fortschritt wurde darin gesehen, dass untereinander isolierte Leistungserbringer, die darüber hinaus noch in verschiedenen Versorgungssektoren operativ gegeneinander abgeschottet arbeiteten, ihre prägende Rolle verlieren sollten, die sie seit jeher hatten. An ihre Stelle sollten Verbünde treten, die sowohl medizinisch als auch finanziell integriert sind und daher in jeder Hinsicht effizient arbeiten können. Die Effizienzgewinne können sich auch in Prämienreduktionen auswirken. Diese Diskussion speiste sich stark aus amerikanischen Vorbildern, die sich in den USA damals bereits durchgesetzt hatten.

Das Szenario wurde mit folgenden Punkten beschrieben:

- „Einführung eines echten Vertragswettbewerbs unter den Leistungserbringern und Krankenkassen, aber keine Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV.
- Die Versicherten erhalten Wahlmöglichkeiten zwischen kostengünstigen und aufwendigen Versorgungsformen.
- Kostendämpfung soll durch effizientere Versorgungsformen sowie eine stärkere finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten erreicht werden.

---

28 Auch als „Zurück in die Zukunft“ bezeichnet.

29 Auch als „Wie es Euch gefällt?“ bezeichnet.

30 Auch als „Innovation von oben?“ bezeichnet.

## 6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

- Das Finanzierungssystem der GKV wurde im Kern nicht verändert<sup>31</sup>. Als zusätzlicher Hebel zur Ausgabendämpfung wurde das System jedoch um Mechanismen ergänzt, die spezielle Anreize zur Wahl einer möglichst kostengünstigen Versorgungsform setzten.
- Die Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung blieb unangetastet.“ (Nolting et al. 2004b)

Die Wahl zwischen „kostengünstigen und aufwendigen Versorgungsformen“ rekurrierte auf die Erwartung, dass eine parallele Versorgungslandschaft entstehen wird, in der es Ärztenetze und „Health Maintenance Organizations“ (HMO) geben würde, die einen gestalterischen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen ausüben sollten. Insbesondere letztere würde eine echte „Integrierte Versorgung“ (IV) anbieten, die unter einem einheitlichen medizinischen und wirtschaftlichen Management stehen würde. Die herkömmliche Versorgung mit ihrem unregelmäßigen Zugang zu allen Leistungserbringern (also die sowohl 2004 als auch 2024 vorherrschende) wäre damit eine besonders aufwändige Versorgungsform.

### 6.4.2 Szenario 2: „Wahl von Zusatzpaketen“ bei limitiertem Basiskatalog

Dieses Szenario lehnte sich an das bestehende System an, indem es die Form der Leistungserbringung und Versorgung nicht zum Ziel hatte. Der entscheidende Ansatzpunkt lag bei einer Erweiterung der Wahlmöglichkeiten bei Risikobeteiligung und Leistungskatalogen. An die Stelle eines weitgehend festgefügtten Angebots, wie es die gesetzliche Krankenversicherung bietet, sollte ein reduziertes Allgemeinangebot mit einem reichhaltigen Menü an Wahlmöglichkeiten von Zusatzpaketen treten.

Das Szenario 2 im Überblick:

- „Einführung eines reduzierten Grundleistungskatalogs. Risikogerecht kalkulierte private Zusatzversicherungen decken den darüber hinausgehenden Bedarf.
- Der Ausschluss von Leistungen erfolgte durch eine repräsentativ besetzte nationale Konferenz unter Leitung des neu gegründeten „Instituts zur Sicherung der Qualität in der Medizin“. Die künftige Weiterentwicklung

---

31 Dies weist darauf hin, dass die in der Vorbereitung der Gesundheitsreform stark diskutierte Umstellung von einer Beitragsfinanzierung auf eine Finanzierung durch eine „Kopfpauschale“ nicht in das Szenario aufgenommen worden ist, was im GMG dann auch nicht der Fall war.

des Leistungskatalogs erfolgt nach den Prinzipien des „Health Technology Assessment“ (HTA).

- Die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV wurde auf alle Einkunftsarten ausgedehnt.
- Ferner wurde die gesetzliche Krankenversicherung in eine obligatorische Bürgerversicherung umgewandelt, d.h. die bisher privat Versicherten wurden in die neue GKV eingegliedert.
- Der Beitrag der Arbeitgeber zur GKV wurde bereits vor Wirksamwerden der Reform auf dem Niveau von 6,8 Prozent eingefroren.“ (Nolting et al. 2004b)

In diesem Szenario wäre insbesondere die finanzielle Steuerung weitgehend in die Hände der Versicherten und Patienten gelegt, die aufgrund verschiedener Instrumente ihre Wahlfreiheit ausüben können und in gewissen Grenzen selbst entscheiden könnten, wie aufwändig sie sich behandeln lassen. Allerdings wurden in dem Projekt auch wesentliche Grenzen aufgezeigt (siehe dazu Abschnitt 6.5).

#### 6.4.3 Szenario 3: „Staatliches Gesundheitssystem“

Mit diesem Szenario, das eher durch weniger Wahlmöglichkeiten gekennzeichnet ist, sollte explizit ein Kontrastprogramm vorgestellt werden, um auch andere Präferenzstrukturen unter den Stakeholdern abdecken zu können. Es wird ein Typ von Gesundheitssystem skizziert, an dessen Spitze daher auch eine staatliche Institution, die „Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder“ (KBL), steht, die den „Sicherstellungsauftrag“, also das Behandlungsmonopol, von den Ärzten übernommen hat. Das Szenario umfasst:

- „Für jede Versorgungsregion steht ein zentral von der KBL vergebenes morbiditätsangepasstes Budget zur Verfügung.
- Die KBL-Dependance schreibt für die betreffende Region die Teilnahme an der ambulanten und stationären medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung aus.
- Den Ausschreibungen liegt eine differenzierte epidemiologische Planung der Versorgungsbedarfs in der Region zugrunde.
- Die Leistungserbringer bewerben sich um die Teilnahme an der Versorgung, wobei sie jeweils spezifizieren, welche Leistungsbereiche sie mit welcher Kapazität (Patienten/Fallzahl) abdecken wollen.

## 6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

- Die KBL-Dependance prüft die Versorgungsangebote und schließt mit den ausgewählten Leistungserbringern Verträge.
- Durch regelmäßige Reviews überprüft die KBL bei ihren Vertragspartnern, ob die Versorgungsqualität den Vorgaben entspricht, und kontrolliert die Mengen- und Ausgabenentwicklung.“ (Nolting et al. 2004b)“

Das präferierte Modell besteht im Kern aus einer Einheitsversicherung, die einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen nicht vorsieht und damit nur geringe Wahlmöglichkeiten vorhält. Die Gestaltung dieses Gesundheitssystems liegt im Wesentlichen in der Hand des Staates. In diesem radikalen „Einkaufsmodell“ bleibt den Leistungserbringern nur wenig Einfluss auf die Gestaltung ihrer Leistungen und ihr Einkommen. Entsprechend zurückhaltend fällt daher auch ihr Votum im Rahmen dieses Projektes aus (siehe Abschnitt 6.6.2). Die Konsumenten können der weitgehenden Abwesenheit von Wahloptionen offensichtlich aber mehr positive Aspekte abgewinnen (siehe Abschnitt 6.6.1).

Die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Szenarien zeigt der folgende Überblick:

Tabelle 2: Ausprägung der Wirkung der Wahlmöglichkeiten in den drei Szenarien

| Wahlentscheidungen beziehen sich auf...      | 1. Szenario<br>(Vertragswettbewerb und integrierte Versorgung):<br>„Managed Care“                                                                 | 2. Szenario<br>(Solidarische Grund- und individuelle Zusatzversorgung):<br>„Wahl von Zusatzpaketen“                                                                                                                              | 3. Szenario<br>(Die Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder):<br>„Staatliches Gesundheitssystem“ |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leistungskatalog der Krankenversicherung     | 0                                                                                                                                                 | Zusatzleistungen bei reduziertem Leistungskatalog (basiert auf politischen Entscheidungen)                                                                                                                                       | Zusatzleistungen bei reduziertem Leistungskatalog (HTA basiert)                                                |
| Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten    | Beitragsrückerstattung in der „Normalversorgung“<br>Zusätzliche Pauschalbeiträge, wenn die gewählte Krankenkasse nicht kostendeckend wirtschaftet | Zusatzleistungen müssen selbst versichert werden<br>Obligatorische Selbstbehalte im Falle, dass die gewählte Krankenkasse nicht kostendeckend wirtschaftet<br>Deutliche Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme aller Leistungsarten | Zusatzleistungen müssen selbst versichert oder bezahlt werden                                                  |
| Leistungserbringer                           | integrierte Versorgung durch Ärztenetze oder „Health Maintenance Organizations“ (HMO)                                                             | 0                                                                                                                                                                                                                                | 0                                                                                                              |
| Individuelles gesundheitsbezogenes Verhalten | 0                                                                                                                                                 | 0                                                                                                                                                                                                                                | Bonuszahlungen für gesundheitsgerechtes Verhalten                                                              |
| Typ der Krankenversicherung                  | PKV bleibt                                                                                                                                        | PKV aufgelöst                                                                                                                                                                                                                    | PKV aufgelöst                                                                                                  |

Quelle: (Nolting et al. 2004b)

Das erste Szenario ähnelte dem damaligen Gesetzentwurf für das GMG insofern, als es erstmalig Elemente enthielt, die ein Konzept von Managed Care vorsagen. Wenn man aus heutiger Sicht berücksichtigt, wie wenig diese umgesetzt worden sind, könnte man das zweite Szenario als dasjenige bezeichnen, das am ehesten die Realität beschreibt. Das dritte Szenario war dagegen bewusst als „versorgungsstaatlicher“ Kontrast zu den beiden Modellen gedacht, die die Eigenverantwortung betonen.

## 6.5 Grenzen und Fallstricke

Im Folgenden werden inhärente Phänomene dargestellt, die sich generell bei sozialen Krankenversicherungssystemen ergeben können und die in

Szenarien mit verstärkter Wahlfreiheit erst recht auftreten können. Hierzu wurden systematische Literaturanalysen angefertigt (siehe dazu die Ausarbeitungen von Sehlen (Sehlen 2004) und von van Beusekom et al. (Beusekom et al. 2004).

### 6.5.1 Der Gesundheitszustand der Versicherten und Patienten

Wahlmöglichkeiten können dadurch eingeschränkt sein, dass insbesondere chronisch kranke Patienten diese oftmals nicht wahrnehmen können und daher eine begrenzte Option haben, eigenverantwortlich zu handeln. Ihr Gesundheitszustand macht die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Leistungen ungeachtet der finanziellen Auswirkungen erforderlich, wenn zusätzliche gesundheitliche Schäden vermieden werden sollen. „Für chronisch Kranke, denen von vornherein klar ist, dass sie die Selbstbehaltsgrenze überschreiten werden, führt die Selbstbeteiligung nur zu einer finanziellen Mehrbelastung, ohne dass eine Verringerung der Leistungsanspruchnahme erwartet werden kann.“ (Sehlen 2004)

Auf der Ebene der Bevölkerung sind Faktoren, die die Morbidität exogen beeinflussen, darunter insbesondere die demografische Entwicklung, analytisch von der Frage zu trennen, welche Rolle die Eigenverantwortung bei der Gestaltung des Niveaus der Ausgaben spielen kann. Morbidität ist der Eigenverantwortung potenziell dort zugänglich, wo es sich um erworbene Erkrankungen handelt, die durch individuelle Aktionen im Bereich der Prävention beeinflusst werden können. So sieht es auch das SGB V im § 1.

Die Grenze zwischen individueller Verantwortung und exogener Beeinflussung wird in der gesundheitspolitischen Debatte zunehmend auf der Basis soziologischer Konzepte gezogen, die davon ausgehen, „dass gesundheitsschädliche Verhaltensweisen oftmals Ausdruck einer auf Grund der sozialen Lage unzureichenden Kontrolle über die eigenen Lebensumstände sind (...)“<sup>32</sup> (Rosenbrock und Gerlinger 2006). Auf dieser Grundlage

---

32 „Sehr wahrscheinlich würde ein solcher Vorschlag Einkommensschwache stärker belasten, denn bei ihnen sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum weit stärker verbreitet als bei höheren Schichten. Den betreffenden Personen zusätzliche finanzielle Lasten aufzuerlegen, würde an ihrem Verhalten wohl kaum etwas ändern, sondern sie dafür noch zusätzlich bestrafen.“ (Rosenbrock und Gerlinger 2006).

gelangte auch das Konzept der „Lebenswelten“ in das SGB V<sup>33</sup>, das von Jürgen Habermas in seinem Zentralwerk verankert ist (Habermas 1982). Im Kontext des SGB V bedeutet es, dass die Veränderung des Verhaltens nicht alleine auf der Ansprache des Individuums basiert, sondern auch die Lebensumstände (das „Setting“) mit beeinflusst werden müssen.

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass das SGB V nur sehr wenige Umstände definiert, bei denen die Eigenverantwortung konkret in einer finanziellen Mitverantwortung mündet (§52 SGB V).

### 6.5.2 Selbstselektion und Entsolidarisierung

Selbstselektion auf der Grundlage des Gesundheitsrisikos: Einzelpersonen könnten den Versicherer auf der Grundlage ihres Gesundheitsrisikoprofils wechseln. Gesundere Personen könnten sich für Tarife mit höherer Selbstbeteiligung und niedrigeren Prämien entscheiden, während Personen mit höherem Gesundheitsrisiko Tarife wählen könnten, die einen umfassenden Versicherungsschutz bieten. Die Folge dieser Selbstselektion wäre eine Tariff Differenzierung nach dem individuellen Gesundheitszustand: Gesunde bezahlen weniger, Kranke mehr. Dies ist nach den herrschenden Statuten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 und § 4a) nicht erlaubt (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) und widerspricht der Auffassung weiter politischer Kreise. Diese Regel wird insofern außer Kraft gesetzt, als gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuszahlungen belohnt werden darf (§ 65a). Eigenverantwortung im Sinne der Wahl günstigerer Tarife (Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung) kann derzeit von Krankenkassen angeboten werden (§ 53). Im o. a. Sinne der Verpflichtung zur Solidarität haben solche Tarife jedoch eine starke gesetzliche Beschränkung: „Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden.“ (§ 53 Abs. 9)

33 Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. (§ 20a SGB V).

### 6.5.3 Informationsasymmetrie und anbieterinduzierte Leistungserbringung

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge verfügen Ärzte in der Regel über mehr medizinische Kenntnisse und Fachwissen als Patienten. Dies kann dazu führen, dass Patienten ihren Gesundheitszustand, ihre Behandlungsmöglichkeiten oder die Auswirkungen bestimmter medizinischer Entscheidungen nicht vollständig verstehen. Infolgedessen verlassen sich die Patienten unter Umständen stark auf die Informationen und Empfehlungen ihrer Ärzte, was zu einem Ungleichgewicht im Entscheidungsprozess führen kann. Dieses Konzept ist im Bereich der Gesundheitsfürsorge wohlbekannt und wird häufig diskutiert, wenn es um Patientenautonomie und informierte Zustimmung geht. Es handelt sich dabei um Fälle, in denen der Anbieter von medizinischen Leistungen – z. B. ein Arzt – die Nachfrage nach Leistungen beeinflusst, die über das hinausgehen, was aus Sicht des Patienten optimal wäre. Dies kann geschehen, wenn Anbieter durch eine Ausweitung von Leistungen ihr Einkommen erhöhen können, insbesondere bei Einzelleistungsvergütungen (Sehlen 2004). Im Detail bedeutet dies:

- Der Anbieter (z. B. Arzt) hat Handlungsspielräume, die er ausnutzen kann, um Leistungen auszuweiten, was insbesondere bei umfassendem Versicherungsschutz begünstigt wird.
- Anbieterinduzierte Nachfrage kann sich insbesondere in Bereichen zeigen, in denen der Patient aufgrund von Informationsasymmetrien nicht beurteilen kann, ob die zusätzlichen Leistungen notwendig sind.

Diese Dynamik wird in der Literatur als ein Faktor beschrieben, der die Effizienz und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem beeinflussen kann. Strategien wie Managed-Care-Modelle und budgetierte Vergütungssysteme können Ansätze sein, um diese Form der Nachfrage zu regulieren.

### 6.5.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse über Limitationen der Einführung von Elementen der Eigenverantwortung und Wahlfreiheit

In der Analyse des Projektes von IGES, RAND und Bertelsmann wurde gezeigt, dass soziale Krankenversicherungssysteme vor Herausforderungen stehen können, die sich insbesondere bei erweiterter Wahlfreiheit ergeben. Chronisch Kranke profitieren kaum von Wahloptionen und tragen trotz weitgehenden Zugangs zu Leistungen oft eine höhere finanzielle Last (Lenzen-Schulte 2025). Selbstselektion kann die Solidarität gefährden, indem Gesunde günstigere Tarife wählen und Kranke stärker belastet werden.

Zudem intensivieren Informationsasymmetrien das Risiko ineffizienter und unnötiger Leistungserbringung. Eine Balance zwischen Eigenverantwortung, Solidarität und Effizienz bleibt essenziell, um ein gerechtes und nachhaltiges System sicherzustellen.

#### 6.6 Die divergierenden Präferenzen der verschiedenen Interessengruppen im deutschen Gesundheitswesen

Es ist eines der großen Verdienste des Projektes „Eigenverantwortung“, dass eine Messung der Attraktivität verschiedener Szenarien bei allen beteiligten Interessengruppen stattgefunden hat. In drei verschiedenen „Seminar Games“ wurden die jeweiligen Politik-Szenarien mit Vertretern aller „Stakeholder“ durchgeführt (Tönshoff et al. 2004). Mit Hilfe standardisierter Befragungen wurden die Präferenzen bzw. Bewertungen der Beteiligten abgefragt.

In der folgenden Abbildung 21 wurden für die beiden Stakeholdergruppen „Sozialpartner und Versichertenvertreter“ stellvertretend für die „Konsumenten“ von Gesundheitsleistungen einerseits und die Leistungserbringer andererseits die jeweiligen Beurteilungen der verschiedenen Szenarien dargestellt. Basierend auf einer Faktorenanalyse wurden diese Präferenzen anhand von fünf verschiedenen Faktoren gebildet, die sich im Rahmen der Analyse als grundlegend für die Urteile erwiesen haben:

- Solidarität und Gerechtigkeit
- Versorgungsqualität und Gesundheitsstatus
- Transparenz und Effizienz des Versicherungssystems im Sinne der Patienten und Versicherten
- Fairer Wettbewerb unter Leistungserbringern und Versicherten
- International wettbewerbsfähiges System mit mehr Eigenverantwortung

Das wichtigste Resultat des „seminar games“ ist die Erkenntnis, dass die beiden für das Gesundheitswesen wichtigsten Stakeholdergruppen vollkommen unterschiedliche Präferenzen haben, wenn sie Reformoptionen beurteilen sollen.

### 6.6.1 Die Vertreter der Konsumenten (Versicherte, Patienten) wünschen sich am ehesten das verstaatlichte Gesundheitssystem

Versicherte präferieren in erster Linie das Staatsmodell (siehe dazu Abbildung 21, links). Dort finden sie vor allem Solidarität und Gerechtigkeit, Transparenz und Effizienz in ihrem Sinne sowie Qualität und optimierte gesundheitliche Resultate.

An zweiter Stelle haben die Konsumenten für das 1. Szenario „Managed Care“ votiert, das ihre Vorstellungen von einem fairen Wettbewerb und einem international vorzeigbaren Gesundheitssystem am ehesten trifft.

Am schlechtesten schneidet bei den Konsumenten das 2. Szenario „Wahl von Zusatzpaketen“ ab. Hier finden sie noch am ehesten ihre Vorstellungen von einem fairen Wettbewerb unter Leistungserbringern. Alle anderen Eigenschaften – insbesondere Solidarität und Gerechtigkeit – werden dort nicht als erfüllt angesehen.

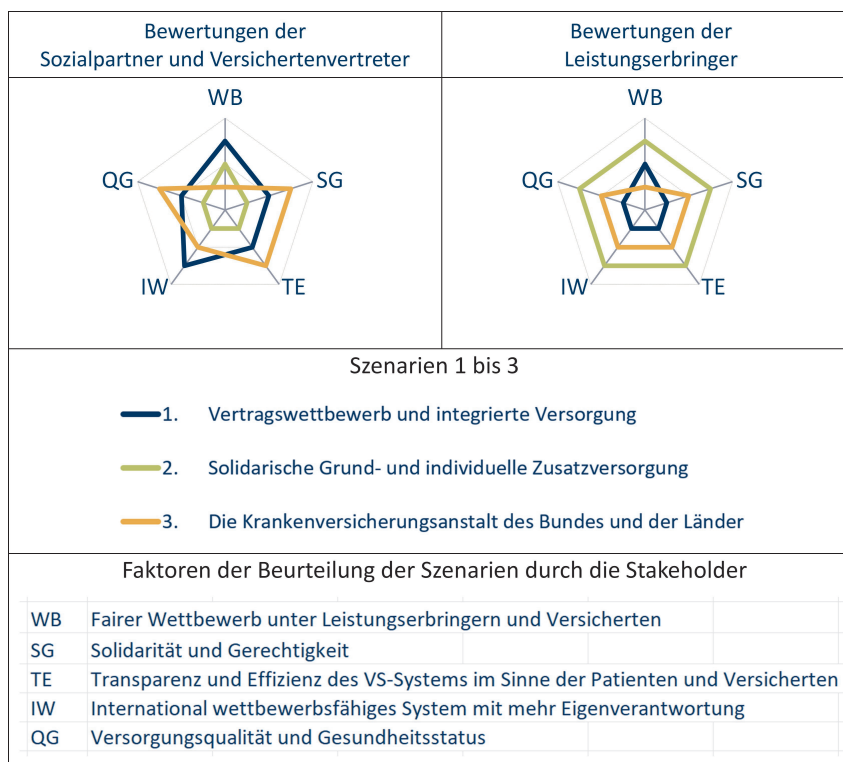
### 6.6.2 Die Vertreter der Leistungserbringer votierten klar für die „Wahl von Zusatzpaketen“

Im vollen Kontrast zu den Konsumenten konzentrieren die Leistungserbringer ihre Präferenzen ganz klar auf das 2. Szenario, das bei den Konsumenten das am wenigsten beliebte ist (siehe dazu Abbildung 21, rechts). Die Leistungserbringer sehen dort alle fünf Aspekte am besten verwirklicht.

Interessanterweise votieren die Leistungserbringer an zweiter Stelle für das „Staatsmodell“. Vier der fünf Aspekte sehen sie dort zweitrangig erfüllt, wozu allerdings nicht der Aspekt des „fairen Wettbewerbs untereinander“ zählt. Wie oben dargestellt (siehe Abschnitt 6.4.3) sind dort Ausschreibungen der monopolistischen staatlichen Gesundheitsbehörde von Leistungspaketen vorgesehen, auf die sich die Leistungserbringer bewerben können. Ihre negativen Vorstellungen von einem „Einkaufsmodell“ sehen die Leistungserbringer dort verwirklicht, in dem die Verhandlungsmacht und der sog. „Sicherstellungsauftrag“ von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen übergehen würden.

Das Managed-Care-Modell kommt bei den Leistungserbringern am schlechtesten weg. Allenfalls der Aspekt des „fairen Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern“ erhält noch mittelgradigen Zuspruch. Alle anderen Aspekte sehen die Leistungserbringer in diesem Modell nicht verwirklicht.

Abbildung 21: Szenarien-Präferenzen der Stakeholdergruppen  
„Sozialpartner und Versichertenvertreter“ und  
„Leistungserbringer“



Quelle: Eigene Darstellung nach (Tönshoff et al. 2004)

Alles in allem wird deutlich sichtbar, dass die Präferenzen der beiden wichtigsten Stakeholdergruppen weit auseinanderliegen. Während die Leistungserbringer ein System bevorzugen, in dem sie Leistungen im direkten vertraglichen Kontakt zu den Versicherten und Patienten erbringen können, sehen letztere ihre Interessen eher in einem staatlich definierten Raum erfüllt, in dem Leistungserbringer sich um Verträge bewerben müssen.

6.7 Gemessene Präferenzen der Versicherten: ausgewählte Ergebnisse der Befragungen eines nachfolgenden Projektes von 2009

In einer Studie aus dem Jahre 2009 (Nolting et al. 2009) wurden zu drei ähnlichen Szenarien 3.000 Einwohnern Deutschlands umfangreiche Fragenkataloge vorgelegt, die sich auf deren Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Elementen dieser Szenarien bezogen. Im Bericht wurden die Antworten auf 56 Fragen berichtet. Die Ergebnisse werden wie folgt zusammengefasst:

Ein einheitlicher und vom Einkommen unabhängiger Versorgungsanspruch und zugang erhält durch die Bevölkerung in allen Szenarien deutlichen Zuspruch. Neben der Gleichheit des Zugangs zur Versorgung werden aber auch Wahlfreiheiten bei der Ausgestaltung begrüßt. Dem Vertragswettbewerb sowie der Bindung an Leistungsanbieter wird hingegen mit Skepsis gegenübergetreten, auch wenn grundsätzlich eine Integration der Versorgung gewünscht ist. Bei den Befragungsergebnissen ist eine gleichzeitige Befürwortung von Einheitlichkeit und Wahlfreiheiten bzw. von Tarifvielfalt ohne Leistungsunterschiede zu beobachten. Dies zeigt Grenzen der Befragungsmethodik. Die Befragten wurden nicht „gezwungen“, echte Trade-off-Bewertungen vorzunehmen, d. h. die positiv wie die negativ empfundenen Konsequenzen gegeneinander abzuwägen.

Etwas pointierter wird der Eindruck, wenn man die Fragen herausgreift, die überdurchschnittlich negativ bewertet wurden. Sie zeigen, wo die Grenzen der Befragten liegen, wenn es um Veränderungen geht. Bei den folgenden vier Fragen machen die beiden ablehnenden Kategorien zusammen mehr als die Hälfte der Antworten aus

1. „... dass man für eine bestimmte Zeit an ein Versorgungszentrum gebunden ist“
2. „... dass die Krankenkassen mit bestimmten Versorgungszentren Verträge über die Versorgung ihrer Mitglieder abschließen und man nur zwischen diesen wählen kann“
3. „... dass alle Krankenkassen einen solchen Zusatzbeitrag bei allen Mitgliedern erheben“
4. „... dass Ärzte und Krankenhäuser sich aussuchen können, von welcher Versicherung sie Patienten behandeln und umgekehrt“

Die soll im Folgenden eingeordnet werden.

- zu 1.: Die Frage bezieht sich auf Szenario A, das darin besteht, dass sich die Versicherten der GKV „in Zukunft“ (aus der Sicht von 2009) bei einer Managed-Care-Organisation (Primärversorgungszentren - PVZ)einschreiben müssen. Für die Dauer der Einschreibung sind die Eingeschriebenen an Regeln gebunden, die insbesondere festlegen, dass bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern Regeln einzuhalten sind wie z. B., zuerst einen Hausarzt zu konsultieren und dessen Entscheidungen zu respektieren. Die Befragten lehnen es mehrheitlich ab, an ihre Wahlentscheidung längere Zeit gebunden zu sein.
- zu 2.: Diese Frage bezieht sich auf denselben Sachverhalt: In Szenario A wird eine Welt beschrieben, in der man nicht jede Versorgung haben kann, die verfügbar ist. Je nach Krankenkasse und einem gewählten Wahltarif schränkt sich die Wahl auf ein reduziertes Spektrum von Managed-Care-Organisationen (PVZ) ein, das sich theoretisch auch auf der Skala „einfach – gehoben – exklusiv“ bewegen könnte, allerdings unter Wahrung einer evidenzbasierten Basisversorgung. Die Befragten lehnen es mehrheitlich ab, solchen Restriktionen unterworfen zu sein.
- zu 3.: Szenario A sah auch vor, dass die GKV-Mitglieder einen zweiteiligen Beitrag bezahlen sollen: „1. Der erste Teil ist einkommensabhängig. Für alle Versicherten ist der Beitragssatz gleich. Dies ist der so genannte „Standardbeitrag“. 2. Der zweite Teil hängt nicht vom Einkommen ab, sondern davon, bei welcher Krankenkasse man versichert ist und ob man eine Versorgung im Versorgungszentrum gewählt hat. Dies ist der so genannte Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag ist bei Versorgungszentren niedriger als bei der Versorgung durch Arztpraxen.“ Damit ist die Zweiteilung des GKV-Beitrags in Szenario A anders begründet als dies 2007 im Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) tatsächlich vorgesehen worden war: Der Zusatzbeitrag kann geringer ausfallen, wenn ein günstigeres Angebot gewählt wird. Dies ist in dem noch immer vorgeschriebenen Zusatzbeitrag nach dem WSG nicht der Fall. Die Höhe entscheidet sich nach der Finanzlage der einzelnen Krankenkasse und gilt für diese generell. Ob sich die Ablehnung auf die gewählte Versorgungsqualität oder allgemein auf einen Zusatzbeitrag bezieht, kann heute nicht klar

## 6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

entschieden werden. Tatsache ist jedoch, dass die GKV-Mitglieder diese Regelung wohl oder übel akzeptieren, ohne sie sich allerdings zu wünschen.

- zu 4.: Diese Frage bezieht sich auf Szenario C, bei dem eine weitgehend liberalisierte und stark differenzierte Angebots- und Tarifstruktur angenommen wird. Die Frage richtet sich wieder auf den Zugang zu verschiedensten Leistungsangeboten oder Leistungserbringern, der in diesem Szenario auf der Basis von Wahlentscheidungen deutlich eingeschränkt ist.

Die Befragten bringen mehrheitlich zum Ausdruck, dass die keine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit wünschen.

### 6.8 Fazit: Erkenntnisse aus dem IGES-RAND-Bertelsmann-Projekt

In diesem Projekt wurde das Konzept der „Eigenverantwortung“ im Gesundheitssystem und seine möglichen Auswirkungen auf die Lösung von Systemproblemen diskutiert. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### 6.8.1 Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheit bedeutet Wahlmöglichkeiten bei Prävention, Risikobeteiligung und Wahl des Versorgungsmodells

Im Sinne der Definition in Abschnitt 1.2 ist der Einzelne gefordert, Entscheidungen über sein Handeln zu treffen, um seiner Verpflichtung zur Eigenverantwortung nachzukommen. Dies erfordert in aller Regel die Wahl zwischen verschiedenen Alternativen wie z. B.: „Soll ich das Rauchen aufgeben und damit mein Krankheitsrisiko senken oder soll ich weiterrauchen und mein Krankheitsrisiko erhöhen?“; „Soll ich zehn Euro mehr bezahlen, um ein Medikament zu bekommen, von dem ich gehört habe, dass es noch besser ist als das, was ich bereits bekomme, oder soll ich weiterhin das bekannte Medikament nehmen, das mein Arzt als ‚angemessen‘ bezeichnet hat?“; „Soll ich 50 Euro mehr im Monat an Zuzahlung leisten, um bei Bedarf keine Einschränkungen bei der Arztwahl zu haben, oder soll ich das Geld sparen und darauf vertrauen, dass meine Managed-Care-Organisation die richtige Wahl für mich trifft?“

Während die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, grundsätzlich keiner weiteren Beteiligten bedarf, müssen für die Umsetzung der

anderen Wahlentscheidungen die entsprechenden Alternativen vorab durch Regelungen bereitgestellt werden. Es müssen also vorab Wahlmöglichkeiten in Form von Zuzahlungsregelungen, Wahlтарifen oder auch Anbieterstrukturen zugelassen und geschaffen werden. Selbst die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, kann unter Umständen nur getroffen werden, wenn z.B. ein effektives Beratungsangebot zur Verfügung steht.

Im hoch regulierten deutschen Gesundheitswesen ist daher der Gesetzgeber in hohem Maße gefordert, entsprechende Grundlagen für Verträge und Investitionen zu schaffen.

#### 6.8.2 Der Implementierung von Instrumenten der Eigenverantwortung sind Grenzen gesetzt

„Moral Hazard“ ist die motivationale Komponente, die dazu führt, dass Individuen von sich aus eher das teurere Produkt oder die teurere Dienstleistung wählen, auch wenn dies objektiv betrachtet nicht die nützlichere Alternative ist. Die immer vorhandene Informationsasymmetrie bietet die Grundlage dafür, dass die Leistungserbringer ihrerseits dazu neigen, den Patienten die teurere Leistung zu empfehlen, auch wenn diese objektiv nicht unbedingt die bessere Wahl darstellt.

Instrumente der Risikoteilung zielen eher auf die Motivationsstruktur der entscheidenden Individuen, während Vergütungs- und Geschäftsmodelle versuchen, das Verhalten der Leistungserbringer zu beeinflussen.

Die Umsetzung von mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen stößt insbesondere bei der Einführung von Instrumenten der Risikobeteiligung an erhebliche Grenzen: Die Möglichkeit, entsprechende Instrumente der Risikobeteiligung zu wählen, hängt eben auch von dem Gesundheitszustand des Einzelnen ab und der sich daraus unter Umständen ergebenden Alternativlosigkeit bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Produkten, die jede Schwelle der Risikobeteiligung überschreiten.

Entsprechende Regelungen würden daher dazu führen, dass Versicherungsangebote, die für kranke Versicherte nicht wählbar sind und damit nur für Gesunde preisgünstige Versicherungsoptionen eröffnen, eine zusätzliche finanzielle Benachteiligung insbesondere chronisch Kranker nach sich ziehen würden. Eine solche Entsolidarisierung ist nach den Regelungen des SGB V nicht zulässig, sodass der politische Handlungsspielraum an dieser Stelle erheblich eingeschränkt ist.

Andererseits haben insbesondere die Befragungen des Jahres 2009 gezeigt, dass die deutsche Bevölkerung bestimmten Versorgungsmodellen, die

ihren Entscheidungsspielraum zumindest prinzipiell einschränken, reserviert gegenübersteht. Dies gilt in gewissem Umfang auch dann, wenn damit Einsparungen verbunden sind. Nach dem Informationsstand von 2009 ist daher damit zu rechnen, dass die angestrebten Effizienzgewinne nur schwer zu realisieren sein werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich in den letzten 15 Jahren im deutschen Gesundheitswesen viel verändert hat, insbesondere was den Zugang zu den Leistungserbringern betrifft. Es ist daher zu prüfen, inwieweit sich die entsprechenden Präferenzen der Versicherten und Patienten verändert haben.

### 6.8.3 Divergierende Präferenzen von Versicherten und Leistungserbringern erschweren politische Lösungen

Das Projekt hat gezeigt, dass die beiden entscheidenden Interessengruppen zumindest vor 20 Jahren zum Teil völlig gegensätzliche Interessen hatten. Alles, was nach einem „Einkaufsmodell“ aussah, wurde von den Leistungserbringern vehement abgelehnt. Dazu gehörten auch die Managed Care-Ansätze, die in der Bewertung durch die Leistungserbringer am schlechtesten abschnitten. In einer zukünftigen Diskussion wäre zunächst zu untersuchen, ob sich diese Präferenzstruktur erhalten hat oder ob sich hier Veränderungen ergeben haben. Stark divergierende Interessen haben zur Folge, dass politische Entscheidungen in die eine oder andere Richtung zwar Gewinner, aber auch Verlierer schaffen, die versucht sein können, sich einer solchen Lösung stark zu widersetzen.

### 6.8.4 Summa summarum: Lehren aus dem Projekt

Die Ergebnisse des IGES-RAND-Bertelsmann-Projektes aus dem Jahr 2004 können sicherlich dahingehend interpretiert werden, dass Instrumente der Risikobeteiligung auch heute nicht zu den primär zu empfehlenden Instrumenten gehören. Hingegen sollte über eine erneute Initiative zur Einführung von Managed-Care-Modellen nachgedacht werden.