

Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

Henrik Brinkmann und Melanie Schnee

Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung wird in der Reformdebatte über das Gesundheitswesen immer wieder erhoben. Der Begriff ist facettenreich: Seine Bedeutung reicht von mehr Wahlfreiheit für Versicherte und Patienten über das Zulassen eines Preis- und Qualitätswettbewerbs bis hin zu einer Neudefinition von Pflichten im Verhältnis zwischen Individuum, Solidargemeinschaft und Staat. Während die einen sich unter Eigenverantwortung eine bessere und den Wünschen der Versicherten entsprechende Steuerung des Gesundheitswesens versprechen, fürchten die anderen ein Aushöhlen der Sozialversicherung mit neuen Lasten für Risikogruppen.¹ Ziel dieses Beitrages ist es, die verschiedenen Reformoptionen, die unter dem Etikett Eigenverantwortung angeboten werden, zu ordnen und durch den Spiegel des Gesundheitsmonitors bewerten zu lassen. Welche Formen der Eigenverantwortung finden die Zustimmung von Versicherten und Ärzteschaft, wo ist mit Widerständen und Vorbehalten zu rechnen?

Eine offensichtliche Dimension des Begriffes Eigenverantwortung meint die stärkere Berücksichtigung individueller Präferenzen der Versicherten im Sinne einer Ausweitung von Wahlmöglichkeiten. Ein Mehr an individueller Wahl verlangt allerdings auch eine Abgrenzung zu denjenigen Leistungen, die weiterhin solidarisch finanziert werden sollen. Für eine solche Abgrenzung gibt es unterschiedliche Möglichkeiten: Die Definition von Grund- und Wahlleistungen, die Abkehr von der vollen Versicherungsdeckung durch die Einführung von Bonus- bzw. Selbstbeteiligungsmodellen oder von strukturierten Behandlungspfaden etwa im Rahmen eines Hausarztmodells.

¹ Die Bertelsmann Stiftung hat zum Thema „Eigenverantwortung im Gesundheitswesen“ gemeinsam mit den Kooperationspartnern Rand Europe, Leyden, und IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin, ein Projekt aufgelegt, das eine internationale Recherche, empirisch abgestützte Simulationsrechnungen und eine breitangelegte Workshopdiskussion mit allen Interessengruppen umfasste. Die Abschlusspublikation wird im September 2003 erscheinen: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Eigenverantwortung - Zwölf Reformvorschläge für das deutsche Gesundheitswesen, ISBN 3-89204-750-2.

Die Diversifikation des Leistungsangebots, d.h. die Abgrenzung eines Leistungskatalogs mit streng notwendigen medizinischen Leistungen und das Einräumen der Wahlfreiheit, bestimmte Risiken privat abzusichern, ist einer der zentralen Ansätze in der Diskussion um die Eigenverantwortung. Die Beschränkung des Leistungskatalogs ist dabei eng an eine Neudefinition der Umverteilungsmechanismen geknüpft. Böcken (2002) hat bereits gezeigt, dass die Unterstützung der Alten durch die Jungen, der Kranken durch die Gesunden und der Einkommensschwächeren durch die Einkommensstärkeren weiterhin durch die Bevölkerung getragen wird. Lediglich die rein familienpolitische Maßnahme der Unterstützung der Familien durch Singles wird nicht im gleichen Ausmaß wie die anderen Formen der Solidarität von den Befragten getragen. Doch welche Grenzen hat die Solidarität?

Die solidarische Krankenversicherung

Bei der Frage nach dem Ausmaß der Solidarität der Bevölkerung zeigt sich, dass die umfassende Absicherung aller Krankheitsrisiken von 52 Prozent der Bevölkerung befürwortet wird. 35 Prozent wünschen sich zumindest eine solidarische Grundsicherung, die durch die private Absicherung spezieller Risiken, beispielhaft genannt wurden „Sportunfälle oder besondere Leistungen wie z.B. Akupunktur“, ergänzt wird. Nur 13 Prozent der Befragten sind gegen eine solidarische und für eine private Absicherung von Krankheitsrisiken.

Die Unterstützung der solidarischen Finanzierung von Krankheitsrisiken ist stark einkommensabhängig (Abb.1): Je niedriger das Haushaltseinkommen ist, desto ausgeprägter ist der Wunsch nach einer allumfassenden Absicherung und je höher das Haushaltseinkommen ist, desto eher wird eine solidarische Grundsicherung in Kombination mit einer privaten Zusatzversicherung gewünscht. Chronisch Kranke und Ältere, die von der Umverteilung von Krankheitskosten in der Solidargemeinschaft am meisten profitieren, unterstützen eher eine umfassende, solidarische Absicherung.

Abb. 1: Zustimmung zu Formen der Absicherung des Krankheitsrisikos nach Netto-Haushaltseinkommen

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW1-4)

Legitimation von Entscheidungen

An der Definition der Leistungen, die in einen solidarisch finanzierten Leistungskatalog gehören, möchten die befragten Personen beteiligt werden. Wenn nicht mehr alle medizinischen Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden können, möchten vor allem die Versicherten selbst über eine Verteilung der Ressourcen entscheiden (Abb. 2). Dies ist eine durchaus legitime Antwort, da die Versicherten das Gesundheitssystem bezahlen. Tatsächlich werden sie nur indirekt über den Bundestag oder die Krankenkassen vertreten.

Abb. 2: Nennungen von möglichen Entscheidern über knappe Ressourcen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Gesundheitszustand

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW1-4)

Interessant sind vor allem die Unterschiede zwischen chronisch Kranken und Gesunden. Chroniker wünschen sich eine deutlich stärkere Einbindung von Patientenverbänden, Krankenkassen und Ärzten, denen sie aufgrund ihrer Erfahrungen eher als Vertreter ihrer Interessen zu vertrauen scheinen. Die Gesunden nehmen sie vielleicht eher als Vertreter von speziellen Patienten- als von allgemeinen Versicherteninteressen wahr.²

Altersunterschiede sind vor allem bei der Bewertung demokratisch legitimierter Institutionen und privater Vereinigungen zu beobachten: Während die Älteren ihr Vertrauen eher auf das Gesundheitsministerium oder den Bundestag setzen, misstrauen sie privaten, außerparlamentarischen (Lobby-)Gruppen wie den Patienten- oder Ärzteverbänden eher als die jüngeren Befragten.

² Patienten- und Versicherteninteressen sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Bedürfnisse (maximale Versorgung vs. ressourcenschonende Versorgung) nicht deckungsgleich und werden oftmals nicht differenziert betrachtet.

Finanzielle Eigenbeteiligung

Die Ausgliederung bestimmter Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen und die Versicherung dieser Risiken in einer privaten Zusatzversicherung ist eine der häufig diskutierten Maßnahmen, bei der die Grenzen der Solidarität ausgelotet werden. Als Beispiele für mögliche auszugliedernde Leistungen wurden den Befragten des Gesundheitsmonitors Freizeitunfälle, Risikosportarten und Zahnersatz genannt. Die allgemeine Zustimmung zu einer derartigen privaten Zusatzversicherung ist im Vergleich zu der direkten finanziellen Beteiligung durch Zuzahlungen oder Selbstbehalte mit 46 Prozent relativ hoch.

Dennoch zeigt sich auch hier, dass mit über 50 Prozent vor allem die einkommensstärkeren Befragten diese Option befürworten (Abb. 3). In der Gruppe mit einem Haushaltseinkommen von unter 1000 Euro stimmen dieser Idee nur noch ein Drittel der Befragten zu. Chronisch kranke Menschen unterscheiden sich in der Bewertung dieser Reformoption nicht von den Gesunden. Zu beobachten ist allerdings, dass die Befürwortung einer Zusatzversicherung mit zunehmendem Alter zurückgeht: je älter der Befragte ist, desto länger hat er die Solidargemeinschaft finanziell unterstützt, so dass eine Reduzierung des Leistungskatalogs und eine ergänzende private Zusatzversicherung hier weniger Anklang findet.

Abb. 3: Zustimmung zur Neugestaltung der finanziellen Eigenbeteiligung nach Netto-Haushaltseinkommen

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW4)

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Reformoptionen, die eine stärkere finanzielle Beteiligung von Patienten an ihrer Behandlung beabsichtigen. Ein Drittel der Befragten stimmt höheren Zuzahlungen bei speziellen Therapien wie z.B. Physiotherapie oder Ergotherapie zu. Ein Viertel befürwortet höhere Zuzahlungen bei Medikamenten. Nur 19 Prozent stimmen einem jährlichen Eigenanteil an ihren Krankheitskosten von etwa 500 Euro zu.

Die Zustimmung hängt ähnlich wie die bei der Ausgliederung von Leistungen und ergänzenden Zusatzversicherungen stark vom Einkommen ab: Je höher es ist, desto höher ist naturgemäß auch die Bereitschaft, finanzielle Risiken im Krankheitsfall selbst zu tragen (Abb. 3). Die chronisch Kranken sind aufgrund ihrer persönlichen Betroffenheit weniger risikobereit: Insbesondere bei den Medikamentenzuzahlungen zeigt sich, dass ihre Bereitschaft zu höheren Zuzahlungen geringer ausfällt als die der Gesunden (20 bzw. 27 Prozent). Ein Altersunterschied lässt sich vor allem beim Thema Selbstbehalt beobachten: Insbesondere die mittleren Altersgruppen von 30 bis 60 Jahren können dieser Form der finanziellen Eigenbeteiligung etwas abgewinnen, während die ganz jungen und die über 60jährigen Befragten, die sich in weniger gesicherten finanziellen Verhältnissen befinden, vor diesem Risiko eher zurückschrecken.

Anreize zu gesundheitsförderlichem Verhalten

Eigenverantwortung wird in der Diskussion immer mit dem Ziel verknüpft, dass die Versicherten mehr für die Erhaltung ihrer Gesundheit tun, auch wenn ein großer Teil der diskutierten Maßnahmen lediglich der Kostensenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Echte gesundheitsförderliche Anreize für die Versicherten werden von fast zwei Dritteln der Befragten begrüßt. Hier unterscheiden sich die Befragten kaum nach dem Einkommen (Abb. 4). Chronisch Kranke befürworten eine Teilnahme an Abend- oder Wochenendkursen, in denen sie etwas über Gesundheitsvorsorge erfahren können, mit 69 Prozent sogar etwas mehr als die Gesunden mit 63 Prozent. Die Bereitschaft, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, nimmt mit dem Alter zu. Nur die Gruppe der über 70jährigen kann dieser Reformation aus verständlichen Gründen weniger abgewinnen.

Abb. 4: Zustimmung zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Maßnahmen der Kostentransparenz nach Netto-Haushaltseinkommen

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW4)

Ein weiterer Vorschlag, den die Befragten bewerten konnten, bezieht sich auf die so genannte „Patientenquittung“. Sie soll Patienten Aufschluss über die Kosten der Behandlung geben und ihnen die Möglichkeit einer Plausibilitätskontrolle hinsichtlich der Abrechnung des Arztes bieten. 84 Prozent der Befragten befürworten diese Reformoption. Die Zustimmung steigt mit dem Einkommen, da die Funktionsweise bei Besserverdienenden wohl eher bekannt sein dürfte. Chronisch Kranke und über 60jährige sind weniger begeistert, da bei diesen Befragten der Aufwand höher als bei anderen Patienten sein dürfte.

Bisherige Modellversuche zeigen aber auch die Grenzen dieses Vorschlages auf. Oftmals nimmt nur ein geringer Teil der Patienten dauerhaft an dieser Form der Kostenkontrolle teil (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2003).

Die Qualität der Versorgung

Eigenverantwortliche Entscheidungen können auf dem Gesundheitssektor von großer Tragweite sowohl in finanzieller als auch in medizinischer Hinsicht sein. Die Gestaltung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ist daher von besonderer Wichtigkeit. Eigenverantwortung im Gesundheitswesen bedeutet, dass Versicherte und Patienten als souveräne Konsumenten in einem wenig transparenten Markt von Gesundheits- und Versicherungsdienstleistungen auftreten. Eine rationale Wahl ist nur möglich, wenn sie über die hierfür relevanten Informationen verfügen.

Sofern sich keine anderen neutralen Akteure finden, wird der Staat die unabdingbaren Kontroll- und Transparenzfunktionen als „Verbraucherschützer“ im Gesundheitswesen wahrnehmen müssen. Bestandteile dieser Funktion sind eine zentrale Qualitätssicherung und die Herstellung von Transparenz über die Qualitätsinformationen. Das Bedürfnis nach Qualität und Transparenz wird von den Befragten jedenfalls deutlich geäußert: Bei 77 Prozent der Befragten ist die heterogene Versorgungsqualität das am meisten genannte Problem im Gesundheitswesen.

Maßnahmen zur Bewältigung dieses Problems werden von einer großen Mehrheit begrüßt: 75 Prozent der Befragten befürworten, dass Krankenkassen über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern informieren. 69 Prozent wünschen sich öffentlich zugängliche Informationen über die Qualität von Ärzten und Krankenhäusern. Immerhin noch 57 Prozent der Befragten befürworten ein nationales Institut für Qualitätssicherung, das Leitlinien für die Behandlung aufstellt und deren Einhaltung kontrolliert.

Abb. 5: Zustimmung zu Maßnahmen für mehr Qualität und Transparenz nach Gesundheitszustand

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW4)

Chronisch Kranke unterscheiden sich von den Gesunden dahingehend, dass sie die Krankenkassen noch stärker in der Verantwortung sehen (Abb. 5). Bei den Themen „Qualitätsinstitut“ und „Leitlinien“ sind sie dagegen vorsichtiger: 55 Prozent der Chroniker und 59 Prozent der Gesunden befürworten eine Standardisierung von Behandlungen. Hier scheint die Diskussion um die Disease-Management-Programme eher zu einer Verunsicherung der chronisch Kranken geführt zu haben, obwohl der Bedarf an qualitativ hochwertigen Behandlungen wie der Wunsch nach Transparenz ohne Zweifel vorhanden ist.

Neue Versorgungsformen

Individuelle Wahlmöglichkeiten setzen, wenn sie sinnvoll steuernd in das Gesundheitswesen hineinwirken sollen, Flexibilität bei den Organisationsformen in der Versorgung voraus. Der Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung verlangt nach Spielräumen bei der Gestaltung von Versicherungs- und Versorgungsangeboten. Sie können genutzt werden, um den eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit zu fördern.

Beispiele für eine stärkere Steuerung der Versorgung sind die Lotsen-Funktion des Hausarztes und die Steuerung durch die Krankenkassen (Managed Care). Während 80 Prozent der Befragten einer Steuerung durch den „Gatekeeper“ Hausarzt zustimmen können, wären nur 19 Prozent der Befragten bereit, nur solche Ärzte aufzusuchen, die von ihrer Krankenkasse festgelegt werden.

Einkommensschwache Gruppen zeigen sich hier offener für eine Einschränkung der freien Arztwahl als Personen mit einem höheren Haushaltseinkommen (Abb. 6). Ältere können einer Beschränkung des Zugangs zum Arzt eher zustimmen als jüngere Befragte. Chronisch Kranke unterscheiden sich in ihrer Bewertung dieser Reformoptionen nicht von den Gesunden.

Abb. 6: Zustimmung zur Neugestaltung der Versorgungsorganisation nach Netto-Haushaltseinkommen

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Versichertenbefragung VW1-4)

Flexibilität wird in einem System mit Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Versorgungsform nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Leistungserbringern verlangt. Damit steht es nicht zum Besten: Ein derzeit diskutierter Baustein für die Reform des Gesundheitswesens ist die Neugestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. Einzelverträge von Ärzten oder Ärztenetzen mit den Krankenkassen sollen neben dem bestehenden System der Kollektivverträge ermöglicht werden.

Die niedergelassenen Ärzte sehen diesem Wettbewerb mit Skepsis entgegen (Streich 2002): 57 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte lehnen einen Einzelvertrag mit den Krankenkassen ab (Abb. 7). 31 Prozent könnten sich einen derartigen Systemwechsel vorstellen. Dabei sind es vor allem die jungen Ärzte, die bereits in Gruppenpraxen oder anderen kooperativen Strukturen wie z.B. Praxisnetzen oder integrierter Versorgung arbeiten, die an einer anderen Gestaltung der Versorgungsstrukturen interessiert sind.

Abb. 7: Bereitschaft der Ärzte zu Einzelverträgen

Quelle: Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003 (Ärztebefragung ÄW1)

Fazit

Der Gesundheitsmonitor liefert eine Reihe von Hinweisen, wie Reformen hin zu mehr Eigenverantwortung erfolgreich umgesetzt werden können. Um das Individuum in die Lage zu versetzen, eigenverantwortlich zu handeln, ist in

erster Linie der Staat aufgerufen, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen: Die Versicherten und Patienten fordern zunächst das Recht mitzuentcheiden, welche Krankheitsrisiken auch zukünftig weiter solidarisch abgesichert werden sollen und welche Risiken jeder Einzelne selbst tragen muss. Die Finanzierer des Systems sind offenkundig nicht bereit, diese Entscheidung allein den Selbstverwaltungsorganen zu überlassen. Institutionelle Formen der Mitsprache bei dieser Grundsatzentscheidung existieren bislang nicht, werden von den Versicherten und Patienten aber klar eingefordert.

Umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Transparenz über Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung werden von den Bürgern als Voraussetzung für ihre eigenverantwortlichen Entscheidungen verstanden. Der Einzelne benötigt verlässliche Informationen für die Planung seiner Gesundheitsversorgung, kann sie aber allein weder beschaffen noch überprüfen. Auch hier ist der Staat in der Pflicht, wenn Patienten und Versicherte Teile des Krankheitsrisikos selbst übernehmen sollen. Er muss diese Aufgaben nicht notwendigerweise selbst übernehmen, wohl aber für eine Problemlösung sorgen.

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung wird in der Eigenverantwortungsdiskussion unterschätzt: Es trifft bei den Bürgern auf eine sehr viel höhere Zustimmung als andere Formen individueller Steuerung, doch hat dieser Umstand bislang keinerlei Niederschlag in den gesundheitspolitischen Reformvorschlägen gefunden. Neue Modelle sind gefragt, die diese Bereitschaft der Bürger aufnehmen und eigenverantwortliche Investitionen in die Gesundheit belohnen.

Für eine stärker an den Wünschen und Handlungen jedes Einzelnen orientierte Gesundheitsversorgung gilt es mithin noch eine Menge zu tun: Wenn die Politik das Verhältnis zwischen Bürgern, Solidarversicherung und Staat neu definiert, hat dies im Verständnis der Versicherten auch für den Staat Konsequenzen, weil seine Verbraucherschutzfunktion stärker gefragt ist. Die Bürger möchten an derart weitreichenden Entscheidungen unmittelbar beteiligt werden; eine

Delegation politischer Verantwortung an Beratungskommissionen und Selbstverwaltungszirkel ist mit diesem Anspruch nicht vereinbar. Schließlich wünschen die Finanzierer des Systems eine Verlagerung der Diskussionsrichtung hin zu Reformoptionen, die einen gesunden Lebensstil in den Mittelpunkt stellen. Würde diesen Vorbehalten Rechnung getragen, könnte ein Umbau des Systems hin zu mehr Eigenverantwortung mit einer hohen Akzeptanz rechnen.