

Thema des Monats März 2009

Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, Februar 2009

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Allgemeine Informationen zum Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung.....	4
2.1 Solidaritätsprinzip	4
2.2 Sachleistungsprinzip	5
2.3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung	5
3. Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung	5
3.1 Versorgungsbezogene Wahltarife	6
3.1.1 Tarif für integrierte Versorgung	6
3.1.2 Spezielle Behandlungsprogramme	7
3.1.3 Hausarztтарif.....	7
3.1.4 Modellvorhaben.....	7
3.2 Monetäre Wahltarife	8
3.2.1 Selbstbehaltтарif	8
3.2.2 Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit.....	8
3.2.3 Kostenerstattungstarif	9
3.2.4 Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.....	9
3.2.5 Tarif für Leistungsbeschränkung	10
3.2.6 Krankengeld-Wahltarif.....	10
3.2.7 Bonus-Tarife.....	11
4. Vergleichbarkeit.....	11
5. Aktuelle Nutzung der Wahltarife	12
6. Nachteile der Wahltarife.....	12
7. Fazit	14

1. Einleitung

Der Grundpfeiler des deutschen Gesundheitssystems ist das Solidaritätsprinzip. Daraus folgt, dass alle Personen, die der Versicherungspflicht unterliegen oder die Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung zum Beitritt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfüllen, einen Prozentsatz von 15,5 % für die Krankenversicherung aufwenden. Dafür erhalten sie einkommensunabhängig Leistungen.

Das allgemeine Leistungsniveau für ambulante, stationäre und zahnärztliche Leistungen war bei der gesetzlichen Krankenversicherung bisher fest vorgegeben. Mit der Idee, den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern, wurden im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) Grundzüge der privaten Krankenversicherung auch für gesetzlich Versicherte eingeführt.

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Durch den zunehmenden Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen werden selbige angehalten, sich mittels neuer Wahltarife auf die individuellen Versichertenbedürfnisse auszurichten.

Es handelt sich hierbei um eine Art von Zusatzversicherungen, die früher nur von den privaten Krankenversicherungen angeboten wurden. Den Versicherten sollen sie eine größere Wahlmöglichkeit sowie eine bessere Transparenz hinsichtlich der erbrachten Leistungen bieten.

Versicherte, die einen Wahltarif abschließen möchten, müssen eine Entscheidung durch Tarifvergleiche der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen treffen. Auf die Vielseitigkeit der Tarifangebote der gesetzlichen Krankenkassen, die unterschiedlichen Gestaltungskriterien sowie die Auswirkungen und Einflüsse auf die Versicherten soll im Folgenden eingegangen werden.

2. Allgemeine Informationen zum Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkassen gehören neben der Arbeitslosen-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung zum deutschen Sozialversicherungssystem und sind somit ein Teil des deutschen Gesundheitssystems.

2.1 *Solidaritätsprinzip*

Das Solidaritätsprinzip ist das zentrale Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall. Unabhängig von der sozialen Leistungsfähigkeit eines Beitragszahlers können alle Versicherten, d.h. Gesunde und Kranke, Junge und Senioren, Ledige und Familien, einkommensunabhängig die gleichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Bis zum 31. Dezember 2008 zahlte jeder Versicherungsnehmer den individuellen Beitragssatz seiner Krankenkasse auf sein beitragspflichtiges Einkommen. Seit dem 1. Januar 2009 wird von allen gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz erhoben, unter Umständen ergänzt um etwaige Zusatzbeiträge.

2.2 Sachleistungsprinzip

Das Leistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen beruht im Krankheitsfall auf dem Sachleistungsprinzip. Die gesetzlichen Krankenkassen schließen Verträge mit den medizinischen Leistungserbringern. Diese Leistungserbringer verpflichten sich zur Behandlung der Versicherten. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Gegenzug die Zahlung der vereinbarten Vergütungen zu erbringen.

Die Versicherten erhalten eine Versicherungskarte oder einen anderen Berechtigungsausweis, gegen deren Vorlage sie die Leistungen von den Leistungserbringern wie beispielsweise von Vertragsärzten, Krankenhäusern oder Apotheken erhalten. Der Patient, entweder das Krankenkassenmitglied selbst oder ein mitversicherter Familienangehöriger, nimmt Leistungen zur Krankenbehandlung in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten. Im Kontrast zur Leistungserbringung der Krankenkassen in Sachleistungen steht die Kostenerstattung. Hier erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit Geldzahlungen, indem sie den Versicherten die Ausgaben (teilweise) ersetzt, die ihnen für ärztliche Leistungen, Medikamente usw. entstanden sind.

2.3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Am 1. April 2007 ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kraft getreten. Es enthält mehrere Änderungen für die gesundheitliche Versorgung, die zwischen 2007 und 2011 eingeführt werden sollen. Ziel ist es, sowohl den Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen, aber auch zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu fördern. Zudem soll die Transparenz und die Patientensouveränität gestärkt werden.

Die Versicherungspflicht für alle, die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes, Wahltarife für den individuellen Krankengeldanspruch und die Einführung eines Basisstarifs in der privaten Krankenversicherung sind Beispiele für Neuerungen des Jahres 2009 im Rahmen der Gesundheitsreform.

3. Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherung

Seit dem 1. April 2007 können die Versicherten Wahltarife in Anspruch nehmen. Der zunehmende Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen führt dazu, dass sie diese Tarife auch tatsächlich anbieten. Die Versicherten können dann den jewei-

ligen Tarif entsprechend ihres Gesundheitszustandes, ihres Gesundheitstypus und sonstiger Bedarfe wählen.

Unterschieden wird zwischen versorgungsbezogenen Wahltarifen und monetären Wahltarifen. Beide Varianten sollen sich durch Einsparungspotenziale selbst finanzieren. Zudem haben die gesetzlichen Krankenkassen die Pflicht, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.

3.1 Versorgungsbezogene Wahltarife

Die versorgungsbezogenen Wahltarife sind Pflichttarife der gesetzlichen Krankenkassen. Diese müssen sie ihren Versicherten anbieten, um sie für eine aktive Teilnahme an versorgungsoptimierten Behandlungsprogrammen zu gewinnen. Auf diese Weise soll ein Beitrag zur Modernisierung der Versorgung geleistet werden, indem die Patienten zu mehr Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung motiviert werden. Zusätzlich werden für die Versicherten finanzielle Anreize wie Prämienzahlungen oder Zahlungsermäßigungen wie beispielsweise die Aufhebung der Praxisgebühr geschaffen.

Die versorgungsbezogenen Tarife werden auch von Versicherten in Anspruch genommen, deren Beiträge vollständig von Dritten erbracht werden. Hierzu zählen Arbeitslosengeld I- und II-Empfänger.

Eine Mindestbindungsfrist an die Tarife ist gesetzlich nicht vorgesehen, sie kann jedoch von der Kasse per Satzung vorgegeben werden. Üblich ist eine Bindungsfrist von einem Jahr. Der Versicherte sollte sich allerdings diesbezüglich erkundigen.

Folgende Tarifoptionen sind zu unterscheiden:

3.1.1 Tarif für integrierte Versorgung

Im Rahmen der integrierten Versorgung besteht für die Versicherten die Möglichkeit, beispielsweise vernetzte medizinische Versorgungssektoren in Anspruch zu nehmen. Niedergelassene Haus- oder Fachärzte können bei der Behandlung ihrer Patienten mit stationären Einrichtungen wie mit Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen kooperieren und sich ein gemeinsames Budget teilen. Der Vorteil ist hierbei, dass auf diese Weise ein abgestimmtes Versorgungskonzept „aus einer Hand“ möglich ist.

Die Leistungserbringer wie beispielsweise Kliniken und Ärzte schließen mit den gesetzlichen Krankenkassen „Einzelverträge“ ab, wodurch infolge einer besseren Abstimmung untereinander auch eine höhere Behandlungsqualität erreicht werden kann. Doppeluntersuchungen können so vermieden werden.

Für die Inanspruchnahme bieten die meisten Kassen den Versicherten eine Prämie an.

3.1.2 Spezielle Behandlungsprogramme

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten für Versicherte mit chronischen Krankheiten spezielle Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme, an. Diese strukturierten Behandlungsprogramme können von allen Versicherten in Anspruch genommen werden, die beispielsweise an Diabetes Typ I und II, koronarer Herzerkrankung oder Brustkrebs erkrankt sind.

Die Programme müssen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien entsprechen. Es handelt sich also um bestimmte Behandlungs- und Versorgungsprogramme, die wissenschaftlich erarbeitet wurden. Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Prüfung und Zulassung der einzelnen Programme.

Für die Teilnahme an diesen Behandlungsprogrammen erhalten chronisch Kranke bei vielen Krankenkassen eine Prämie.

3.1.3 Hausarztтарif

Ein weiteres Angebot ist die Tarifform der „Hausarztzentrierten Versorgung“. Wenn sich der Versicherte verpflichtet, im Krankheitsfalle zuerst seinen Hausarzt zu konsultieren, können Praxisgebühren entfallen oder besondere Serviceleistungen genutzt werden. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Hausarzt die richtige Diagnose stellt und die damit verbundene Therapie oder sonstige Maßnahmen veranlassen kann. Die Versicherten konsultieren einen weiterbehandelnden Facharzt nur mit einer Überweisung ihres ausgewählten Hausarztes. Ausgenommen sind hiervon Augen- und Frauenärzte.

Die Versicherten sind an den Hausarzt ein Jahr lang gebunden, es sei denn, es liegen schwerwiegende Gründe vor, die einen Wechsel rechtfertigen.

3.1.4 Modellvorhaben

Schließlich müssen gesetzliche Krankenkassen für ihre Versicherten Modellvorhaben, auch Erprobungsleistungen genannt, anbieten. Ziel ist hierbei die Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung. So können beispielsweise neue Leistungen zur Früherkennung erprobt werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch, die Wirksamkeit der neuen Leistungen und Strukturen zu überprüfen und die Ergebnisse zu veröffentlichen, um die Versicherten und andere Betroffene schnellstmöglich zu informieren und die Angebote gegebenenfalls zu verbessern.

3.2 Monetäre Wahltarife

Die monetären Wahltarife bieten vornehmlich finanzielle Anreize für die Versicherten. Die Krankenkassen dürfen diese Tarife anbieten, eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht allerdings nicht.

An den monetären Wahltarif ist der Versicherte drei Jahre gebunden. Das Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages wird sogar ausgehebelt. Ausgenommen von dieser Frist sind jedoch besondere Umstände wie beispielsweise der Eintritt von Arbeitslosigkeit oder von Pflegebedürftigkeit, die unter die Härtefallregelung fallen.

Versicherte, deren Beiträge von Dritten getragen werden, beispielsweise von der Arbeitsagentur, können diese Wahltarife nicht in Anspruch nehmen.

Zu den Wahltarifen, die die Krankenkassen anbieten dürfen, zählen der Selbstbehalttarif, die Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit, der Kostenerstattungstarif, der Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, der Tarif für Leistungsbeschränkung und der Krankengeld-Wahltarif.

3.2.1 Selbstbehalttarif

Bei den Selbstbehalttarifen können Versicherte eine jährliche Selbstbeteiligung vereinbaren und damit ihre Versicherungsbeiträge senken oder eine Prämie erhalten.

Das Mitglied verpflichtet sich, einen Teil der von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmenden Kosten für Medikamente, Arztbesuche oder Klinikaufenthalte selbst zu tragen. Einmal jährlich erfolgt ein Kassensturz: Überschüsse werden erneut gutgeschrieben. Hat der Versicherte allerdings mehr Leistungen in Anspruch genommen, als sein Guthaben zulässt, muss er die Kosten bis zu einer vorher festgelegten Höchstgrenze (Selbstbehaltgrenze) selbst tragen.

Die Höhe des Selbstbehalts hängt vom beitragspflichtigen Einkommen des Versicherten ab. Bei diesem Tarif trägt der Versicherte ein gewisses Risiko, da der gewährte Prämienbetrag niedriger ist als der vom Versicherten zu übernehmende Selbstbehalt. Der jeweilige durchschnittliche Selbstbehaltbetrag, die Prämienhöhe und der Umfang des Risikowertes sollten gegenüber gestellt und bestmöglich abgewogen werden. Das finanzielle Risiko ist allerdings schwer abschätzbar, da die mit einfließenden Faktoren zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen variieren können.

3.2.2 Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit

Wenn der Versicherte ein Jahr lang keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in Anspruch genommen hat, wird ihm bei diesem Wahltarif ein prozentualer Anteil seiner Beitragszahlungen zurückerstattet. Die Beitragsrückerstattung ist allerdings auf maximal ein Zwölftel des Jahresbeitrages inklusive Arbeitgeberanteil begrenzt. Dies entspricht meist dem doppelten Monatsbeitrag des Mitglieds.

Nimmt der Versicherte dennoch ärztliche oder nichtärztliche Leistungen in Anspruch, muss er die Behandlungskosten selbst zahlen, um den Rückerstattungsbetrag zu erhalten. Andernfalls entfällt die Prämie.

Unberücksichtigt für die Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit bleiben Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie medizinische Vorsorgeleistungen, Impfungen und medizinische Leistungen in der Schwangerschaft und Stillzeit.

3.2.3 Kostenerstattungstarif

Ein Versicherter hat die Möglichkeit, vom Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung in das Kostenerstattungsprinzip zu wechseln. Bei diesem Versicherungstarif können die Versicherten den Status eines Privatpatienten erlangen. Sie erhalten für die in Anspruch genommenen Leistungen eine Rechnung von den Leistungserbringern, beispielsweise vom Arzt. Die vom Versicherten selbst beglichene Rechnung reichen sie bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse ein und bekommen die Behandlungskosten in Abhängigkeit von der Tarifstruktur erstattet. Den Betrag, den der Versicherte nicht erstattet bekommt, muss er selbst tragen oder über eine private Zusatzversicherung abdecken.

Zu beachten ist allerdings, dass die Übernahme der Kosten von IGeL-Angeboten („Individuelle Gesundheitsleistungen“) gesetzlich nicht gestattet sind. Bei diesem Tarif ist es sinnvoll, die Kasse nach einem Berechnungsbeispiel für das Vorjahr zu fragen.

3.2.4 Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Die Versicherten können auch Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch nehmen, die ansonsten in der Regelversorgung ausgeschlossen sind. Dies sind beispielsweise nicht verschreibungspflichtige, nicht erstattungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, insbesondere Fertigarzneimittel sowie homöopathische, phytotherapeutische (Behandlung mit pflanzlichen Heilmitteln) und anthroposophische Arzneimittel (alternative Medizin).

Ein solcher Tarif kann sich für diejenigen lohnen, die Arzneimittel dieser Therapierichtungen regelmäßig anwenden. Allerdings werden die Kosten dafür nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze, die von Kasse zu Kasse variieren kann, übernommen. Zudem sind oftmals weitere Bedingungen an die Kostenübernahme der alternativen Medizin geknüpft. So müssen in der Regel die Mittel von einem Arzt verordnet und in einer Apotheke besorgt werden.

3.2.5 Tarif für Leistungsbeschränkung

Die gesetzlichen Krankenkassen können für bestimmte Mitgliedergruppen die gesetzlich verankerten Leistungen beschränken. Die Versicherten verzichten auf bestimmte Leistungen und erhalten infolge dessen entsprechende Prämienzahlungen. Dieser Tarif richtet sich an Personengruppen, die nach dem Sozialgesetzbuch einen eingeschränkten Leistungsumfang haben, beispielsweise Beamte, die unter den so genannten Teilkostentarif fallen.

3.2.6 Krankengeld-Wahltarif

Außerdem bieten die Krankenkassen einen „Krankengeld-Wahltarif“ an.

Seit dem 1. Januar 2009 ist der Krankengeldanspruch für

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die freiwillig gesetzlich krankenversichert sind und
- Versicherte nach § 5 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlungen haben

gesetzlich ausgeschlossen.

Für die Betroffenen, beispielsweise für kurzfristig Beschäftigte mit befristeten Arbeitsverhältnissen von unter 10 Wochen, gilt seit 2009 der ermäßigte Beitragssatz. Statt 15,5 % beträgt der Beitragssatz 14,9 %, inklusive 0,9 % Arbeitnehmerzuschlag. Die gesetzlichen Krankenkassen können also zunächst – so will es der Gesetzgeber – nur den Mitgliedern Krankengeld gewähren, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Hinzu kommen Heimarbeiter, die statt der Entgeltfortzahlung einen Zuschlag zum Arbeitsentgelt erhalten.

Um sich für den Krankheitsfall darüber hinaus abzusichern, können die Versicherten über die Neuregelung einen Krankengeld-Wahltarif in Anspruch nehmen, der ihren Anforderungen und Bedürfnissen entspricht. Bei diesem Wahltarif kann demnach auch der Versicherte, der bei Arbeitsunfähigkeit für weniger als sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlungen hat, eine Leistung verlangen. Freiwillig Versicherte, die bisher kein oder nur eingeschränkt Krankengeld bezogen haben, können den neuen Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld nutzen.

Auch für Künstler und Publizisten erfolgte eine Anpassung zur Regelung des Krankengeldanspruchs. Sie können gegen eine gesonderte Prämienzahlung weiterhin einen frühzeitigeren Anspruchsbeginn, ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit, geltend machen.

Die Neuregelungen resultieren aus dem Wegfall des bislang erhöhten Beitragssatzes. Der Krankengeld-Wahltarif kann nur bei der Krankenkasse in Anspruch genommen werden, bei der die Krankenversicherung abgeschlossen wurde.

Wenn der Versicherte bis zum 31. Dezember 2008 mit Krankengeldanspruch versichert war und sich bis spätestens zum 31. März 2009 für den Wahltarif entscheidet oder wenn derzeit eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, kann er Leistungen aus dem Wahltarif ohne Wartezeit erhalten.

Eine Wartezeit nach dem 31. März 2009 entfällt auch, wenn innerhalb der letzten drei Monate vor der Wahl des Krankengeld-Tarifs bei einer gesetzlichen Krankenkasse eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld bestand. In allen anderen Fällen besteht eine Wartezeit von drei Monaten, bevor der Versicherte Leistungen aus diesem Wahltarif erhält. In jedem Fall hat ein Selbständiger durch diesen Zusatztarif wieder die Möglichkeit, sich für den Krankheitsfall abzusichern.

3.2.7 Bonus-Tarife

Die gesetzlichen Krankenkassen können schließlich zahlreiche Bonusprogramme anbieten, bei denen Anreize, beispielsweise für sportliche Betätigung, die Inanspruchnahme einer Ernährungsberatung oder von Präventionsmaßnahmen, geschaffen werden. Mit dem Angebot dieser Bonus-Tarife belohnen Krankenkassen gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Mitglieder. Fast immer ist die Teilnahme an Gesundheitschecks, Krebsfrüherkennung, Gesundheitskursen usw. Pflicht, um einen Bonus zu erhalten. Diese Bonusprogramme sind grundsätzlich in der individuellen Satzung der gesetzlichen Krankenkasse zu regeln, da sie nicht gesetzlich vorgeschrieben sind.

Mit der Wahl eines reinen Bonustarifs ist kein finanzielles Risiko verbunden. Werden die Bedingungen erfüllt, erhält der Versicherte die Prämie, ansonsten nicht. Die meisten Krankenkassen bieten als Prämien Geldbeträge, Sachpreise oder Zuschüsse zu bestimmten Gesundheitsleistungen wie Vorsorgeuntersuchungen, einen Auslands-Krankenversicherungsschutz oder Fitnesskurse an.

4. Vergleichbarkeit

Ziel sollte es sein, ein einheitliches Bewertungssystem für eine Vergleichbarkeit der Wahltarife zu erstellen, welches den Versicherten ermöglicht, den für sie besten Wahltarif hinsichtlich Kosten und Nutzwert zu finden.

Die versorgungsbezogenen Tarifstrukturen als besondere Versorgungsformen unterscheiden sich im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen nur in geringem Umfang voneinander. Die monetären Wahltarife hingegen werden nicht von allen Krankenkassen angeboten, die Ausgestaltung dieser Tarife ist zudem von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich.

Für gut verdienende und gesunde Versicherte kann sich der Selbstbehalttarif lohnen, da Prämien bis zu 600,00 € jährlich erzielt werden können. Für niedrigere Gehaltsstufen sind diese Tarife aufgrund ihrer geringen Prämien im Verhältnis zu dem hohen Risiko hingegen weniger empfehlenswert. Für sie kann der Beitragsrückerstattungtarif günstig sein. Hier besteht lediglich die Gefahr, die Prämie zu verlieren, falls denn das Mitglied im Laufe des Jahres erkrankt. Allerdings sollte der Versicherte nicht auf eine ärztliche Behandlung verzichten, um die Prämie nicht zu verlieren. Mögliche Krankheitsspätfolgen können mitunter höhere Kosten verursachen.

Vorsorge- und Kinderuntersuchungen sind per Gesetz nicht auf den Selbstbehalt oder die Prämien anrechnungsfähig.

Für ein Mitglied mit drei mitversicherten volljährigen Angehörigen wird es beispielsweise wichtiger sein, dass Arzt-Leistungen ohne Verordnungen in Anspruch genommen werden können, ohne dass es sich gleich auf den Selbstbehalt oder die Beitragsrückerstattung auswirkt. Für ein allein stehendes Mitglied sowie für Versicherte mit gesundheitsbewusstem Verhalten werden der Selbstbehalttarif oder das Prämienmodell hingegen gegebenenfalls vorteilhafter sein.

Freiwillig Versicherte stehen jetzt vor der Wahl, eine Vollversicherung mit einer privaten Krankenversicherung abzuschließen oder in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbleiben und beispielsweise den Wahltarif Kostenerstattung abzuschließen.

Ein direkter Vergleich einzelner Wahltarife der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen für alle relevanten Gehaltsstufen, Prämienhöhen und potentiellen Risikobeträgen ist nicht möglich. Ein solcher Vergleich kann nur hinsichtlich individueller Kriterien erfolgen, da mitunter auch mehrere Wahltarife ineinander übergreifen.

5. Aktuelle Nutzung der Wahltarife

Lediglich einige Zehntausend der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten haben das Angebot der neuen Wahltarife bisher genutzt. So erkundigen sich zwar viele Versicherten hinsichtlich der für sie günstigen Tarife. Viele schrecken jedoch vor der dreijährigen Bindungsfrist und den teils unklaren finanziellen Risiken zurück. Diese Befürchtungen sind durchaus berechtigt. Aus bereits durchgeführten Studien wird deutlich, dass der Kostenerstattungstarif kaum praktiziert wird. Auch der Tarif für Leistungsbeschränkung, bei dem ein Mitglied bei Leistungsverzicht eine Prämie erhält, wird nur selten angeboten.

Die gesetzlich Versicherten können jedoch bei bestmöglicher Nutzung dieser Wahltarife ihre Versorgung verbessern und unter Umständen Beiträge sparen. Entscheidend für die Wahl des jeweiligen Tarifs sind der Gesundheitszustand, der Gesundheitstypus, der Versicherungsstatus (einschließlich Einkommen) und die Kassenzugehörigkeit.

Interessenten sowie die von den gesetzlichen Änderungen betroffenen Personengruppen sollten sich an ihre jeweilige gesetzliche Krankenkasse wenden, um nötige Änderungen und Absicherungen für den Krankheitsfall abzuklären.

6. Nachteile der Wahltarife

Ein Nachteil dieser Wahltarife ist, dass es aufgrund des zunehmenden Wettbewerbs immer schwieriger für die Versicherten wird, die Angebote zu durchschauen und zu

vergleichen. Außerdem ist die dreijährige Bindungsfrist an die jeweilige Krankenkasse bei den monetären Wahlтарifen ein wesentliches Manko. Das heißt, erst nach 3 Jahren kann wieder zu einer anderen Krankenkasse oder zur privaten Krankenversicherung gewechselt werden. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit der Bindungsfrist, ein Tarif-Hopping, d. h. von einem Tarif zum anderen, sowie einen Kassenwechsel für diese Zeit auszuschließen.

Allerdings sieht die gesetzliche Regelung ein Sonderkündigungsrecht von den Tarifen für „besondere Härtefälle“ vor. Wann ein solcher Härtefall allerdings vorliegt, regelt jede Kasse per Satzung. In der Regel sind Umstände wie der Eintritt von Arbeitslosigkeit oder Pflegebedürftigkeit als so genannte Härtefälle zu verstehen.

Die Prämienzahlungen an Versicherte sind in der Höhe begrenzt. Die gewährten Prämien dürfen höchstens 20 % der jährlichen Beiträge des Versicherten, bei mehreren Wahlтарifen maximal 30 % betragen (jedoch nicht mehr als 600,00 € bei einem oder 900,00 € bei mehreren Tarifen).

Nachteile entstehen insbesondere den privaten Krankenversicherungen. Einige Versicherungen haben bereits Klage gegen die Wahlтарife der gesetzlichen Krankenversicherung erhoben. Gegenstand der Klage sind Wahlтарife, in denen sich die Mitglieder ähnlich wie Privatversicherte für Krankenhausaufenthalte die Chefarztbehandlung oder Ein- und Zweibettzimmernaufenthalte garantieren lassen können. Hierdurch würden die Kassen ihren gesetzlichen Auftrag überschreiten, da sie ausschließlich eine Standardversorgung zu gewährleisten haben und solche Angebote darüber hinausgingen. Neben der Tatsache, dass die neuen Kunden für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung über ein gewisses Einkommen verfügen müssen, kommen nun noch die attraktiven Zusatzversicherungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinzu, was bei der privaten Krankenversicherung zu stagnierenden Mitgliederzahlen führen kann.

Von politischer Seite wird kritisiert, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch mit dem Wahlтарif nicht den Bedingungen des Versicherungsvertrags- und des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterliegen. Damit hätten sie jederzeit die Möglichkeit, mit einer Satzungsänderung einen Wahlтарif wieder zu schließen. Außerdem bestehe ein Risiko, dass die auf diesem Feld tätigen Krankenkassen ihren Status als Sozialversicherung europarechtlich überhaupt halten können. Hiernach besteht die Gefahr, dass der Europäische Gerichtshof die Krankenkassen aufgrund der Wettbewerbsaspekte bei gleichzeitiger Schwächung der Solidarität künftig als „Unternehmen“ einstuft. Der Wegfall damit verbundener Wettbewerbsprivilegien der Kassen als Körperschaft des öffentlichen Rechts würde zu enormen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Bei einer wettbewerbsrechtlichen Gleichschaltung wären bisherige Privilegien der gesetzlichen Krankenversicherung wie etwa Steuerfreiheit, Verzicht auf Eigenkapitalbildung oder der kostenlose Beitragseinzug über die Arbeitgeber in Gefahr.

Als tendenziell problematisch werden folgende Regelungen der Reform bewertet:

- Einige Wahlтарife, wie beispielsweise der Selbstbehaltтарif sowie der Tarif mit Beitragsrückerstattung, individualisieren ein bislang kollektiv versichertes Risiko. Sie sind eher für gesunde, junge und besser verdienende Menschen attraktiv und damit sehr einseitig.

- Eine Ungleichheit könnte zudem zwischen Alleinstehenden und Familien entstehen, weil die Beitragsrückerstattungen auch davon abhängig gemacht werden, dass volljährige mitversicherte Kinder keine Leistungen in Anspruch nehmen.
- Zudem würde dem System aufgrund der Boni und Rückerstattungen Geld entzogen. Das könnte wiederum zu Beitragserhöhungen führen, um ein finanzielles Gleichgewicht zu erzielen.
-

Der Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen jungen und alten Versicherten wird durch diese Regelungen erschwert. Hierdurch könnte es zu einer erheblichen Schwächung des Solidaritätsprinzips kommen.

7. Fazit

Die Einführung der Wahltarife fördert in jedem Fall den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sowie zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Sie sind somit als Mehrwert für die Versicherten anzusehen. Durch die Wahltarifangebote können sich die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung ein „Versicherungspaket“ zusammenstellen oder zusammenstellen lassen, welches ihren individuellen Bedürfnissen entspricht. Auf diese Weise wird ihre Selbstverantwortung erhöht. Zudem können die Versicherten aufgrund der finanziellen Anreize einzelner Tarifstrukturen zu einem gesundheitsbezogenen Verhalten angehalten werden. Hierfür ist es notwendig, dass sie auf die angebotenen Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen achten.

Durch eine verstärkte Inanspruchnahme dieser Wahltarife kann auch die Versorgungsqualität längerfristig zunehmen. Allerdings bedeutet der zusätzliche Wettbewerb auch, dass es für die Versicherten immer schwieriger wird, die Angebote zu durchschauen und zu vergleichen. Wer sich durch einen solchen Wahltarif bindet, verzichtet drei Jahre auf das Recht, zu einer anderen Krankenkasse mit einem möglicherweise besser geeigneten Tarif zu wechseln. Der Abschluss eines solchen Wahltarifs sollte daher genau abgewogen werden.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Wahltarife von den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen angeboten und weiterentwickelt werden und wie die Versicherten diese Tarife tatsächlich nutzen werden. Im Zweifel sollten die Versicherten jedoch nicht am eigenen Krankheitsschutz sparen, da sich Krankheitsrisiken kaum prognostizieren lassen.

Eine Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken, indem die Wahltarife ausschließlich Vorteile für gesunde und junge Versicherte bringen, sollte in jedem Fall vermieden werden.