

Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV?

Dr. F. Schulze Ehring; Dr. A.-D. Köster

WIP-Diskussionspapier 3/10

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	3
2. Beitrags- und Leistungsdifferenzierung als Ausdruck von Wettbewerb in der GKV?.....	4
3. Preis- und Beitragsdifferenzierung in der GKV	6
3.1 Zusatzbeitrag	7
3.1.1 Preissignale des Zusatzbeitrages	7
3.1.2 Psychologische Wirkung des Zusatzbeitrages	11
3.1.3 Gesamtbewertung	13
3.2 Wahltarife	14
3.2.1 Preissignale bei Leistungseinschränkung	15
3.2.2 Preissignale bei Mehrleistung	19
3.2.3 Gesamtbewertung	22
3.3 Bonus-Regelungen.....	25
3.3.1 Preissignale von Bonus-Regelungen.....	26
3.3.2 Rahmenbedingungen von Bonus-Regelungen	27
3.3.3 Gesamtbewertung	27
4. Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung in der GKV	28
4.1 Leistungskatalog	28
4.1.1 Leistungsdifferenzierungen im Leistungskatalog	29
4.1.2 Leistungsdifferenzierungen außerhalb des Leistungskatalogs	32
4.1.3 Gesamtbewertung	34
4.2 Selektive Verträge	34
4.2.1 Systematisierungen der Vertragsformen	37
4.2.2 Bedeutung der Verträge	38
4.2.3 Vertragsstrategien.....	40
4.2.4 Gesamtbewertung	44
5. Fazit und Schlussfolgerung: Einheits- und Wettbewerbsphilosophie in der GKV	44

1. Einführung

Seit im Oktober 1992 in Bad Lahnstein eine Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eingeleitet worden ist und ab dem Jahr 1996 Versicherte erstmalig ihre Krankenkasse frei wählen konnten,¹ wird in der GKV wie selbstverständlich über Wettbewerb als Grundprinzip gesprochen. Seit der Lahnstein-Reform sind mehr als 40 Gesundheitsreformgesetze verabschiedet worden. Fast alle verfolgten das Ziel der Stärkung des Wettbewerbs. Die Gesundheitsreform 2007 - das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - bildet schon dem Wortlaut nach keine Ausnahme. Nicht zuletzt deshalb haben nicht nur die Vertreter der Politik, sondern auch Beteiligte aus der Wissenschaft immer wieder den Wettbewerbsgedanken in den Vordergrund ihrer Meinungsäußerungen gestellt:

„Mit den Gesundheitsreformen der letzten Jahre wurde konsequent der Weg hin zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen beschritten.“

Ex-Bundesgesundheitsministerin U. Schmidt, 9.7.2009, auf einer Tagung des BMG und der Verbraucherzentrale

"Wir brauchen mehr Wettbewerb im System."

Bundesgesundheitsminister P. Rösler, Bild, 2.11.2009.

„Es ist klar, dass ... [Zusatzbeiträge und] Prämienzahlungen den Wettbewerb [in der GKV] stark beflügeln.“ Prof. W. Richter, Universität Dortmund, 20.12.2009, manager-magazin.de.

„Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch die jüngsten Gesundheitsreformen das Ziel erreicht wurde, die Wettbewerbsorientierung in der GKV nicht nur zu stärken, sondern auch ausgewogener ... zwischen Versicherungs- und Vertragsmarkt zu gestalten.“

Prof. B. Rürup, Zitat aus der Studie für das Bundesfinanzministerium, 29.6.2009.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz stellt - so die häufig zu hörenden Verlautbarungen - die konsequente Fortsetzung einer wettbewerbsorientierten Gesundheitspolitik dar. Das ist aber zunächst einmal nur eine These, die es aus gutem Grunde zu überprüfen gilt. Denn mit dem Verlust der individuellen Beitragsautonomie der Krankenkassen stellt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) dem Wettbewerbsgedanken gleichzeitig auch einen Einheitsstrend entgegen. Spätestens seit dem GKV-WSG kann deshalb von einer Dualität aus Wettbewerbs- und Einheitsphilosophie in der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen werden. Ein Widerspruch, der bis dato noch nicht aufgelöst worden ist.

Eine Bestandsaufnahme zur Situation des Wettbewerbs in der GKV ist deshalb notwendig. Dabei ist zu klären, ob die Differenzierung der Wettbewerbsparameter „Beitrag“ und „Leistung“ in der GKV überhaupt Ausdruck von Wettbewerb sein können. Wie ist es um die Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der GKV bestellt? Wo findet in der GKV Beitrags- und Leistungsdifferenzierung tatsächlich statt? Wo stellt sie lediglich eine „Fassade ohne Substanz“ dar? Fragen, die es zu beantworten gilt, wenn man abseits der „politischen“ Sprache einen ehrlichen Blick auf die vermeintliche „Vielseitigkeit“ und „Vielfalt“ in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werfen will. Genau das ist das Ziel des vorliegenden Papiers.

¹ Mit der Freigabe der Kassenwahl für fast alle gesetzlich versicherten Personen wurde der Wettbewerb als ein Organisationsprinzip der GKV erstmals anerkannt, vgl. § 173 - § 175, Sozialgesetzbuch V.

Abschnitt 2 charakterisiert zunächst den Wettbewerb als Organisations- und Ordnungsprinzip. Dabei wird aufzuzeigen sein, dass die mehr oder weniger gegebenen Möglichkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Beitrags- und Leistungsdifferenzierung nicht unbedingt etwas mit den Idealvorstellungen der Wettbewerbstheorie zu tun haben muss. Ohne in die Tiefen der Wettbewerbstheorie eindringen zu wollen, beschränken sich deshalb Abschnitt 3 und 4 darauf, die den Kassen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Preis- und Beitragsdifferenzierung einerseits, als auch die möglichen Leistungs- und Qualitätsdifferenzierungen andererseits sowohl vor als auch nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu systematisieren. Darauf aufbauend wird eine umfassende Bewertung vorzunehmen sein, um Aussagen darüber machen zu können, ob sich die Möglichkeiten der GKV, im Wettbewerb Beitrags- und Leistungsdifferenzierungen zu gestalten, verengt oder erweitert haben. Letztendlich gilt es die Frage zu beantworten, ob eine eindeutige gesetzgeberische Entscheidung zur zukünftigen Ausrichtung der GKV gefallen ist. Wird die heutige GKV in der Zukunft von der Einheitsphilosophie dominiert oder werden Verschiedenheit und Differenzierung im Wettbewerb tatsächlich eine Chance haben?

2. Beitrags- und Leistungsdifferenzierung als Ausdruck von Wettbewerb in der GKV?

Wettbewerb als Organisationsprinzip im Gesundheitswesen impliziert, dass jegliche Staatsingriffe gerechtfertigt werden müssen. Wettbewerb als Organisationsprinzip ist aber nicht als Selbstzweck zu befürworten. Es bedarf Funktionen, die das Prinzip des Wettbewerbs im Gesundheitssystem im Idealfall erfüllen sollte. Insbesondere vier wären zu nennen: (1) Allokation: Gemäß der Allokationsfunktion des Wettbewerbs können Krankenversicherer und Leistungserbringer dazu gezwungen werden, knappe Beitragsmittel in ihre jeweils produktivste Verwendung zu lenken. Gesundheitsleistungen werden so möglichst wirksam und kostengünstig erbracht. (2) Innovation: Der Wettbewerb kann im Gesundheitssystem optimale Bedingungen für das Generieren von medizinischen, technischen und ökonomischen Innovationen schaffen. (3) Leistungsgerechtigkeit: Durch Wettbewerb kann eine leistungsgerechte Verteilung und Entlohnung aller eingesetzten Produktionsfaktoren sichergestellt werden. (4) Wahlfreiheit: Wettbewerb schützt vor Marktmacht und eröffnet den Versicherungsnehmern, bei denen gerade in Zeiten steigender Gesundheitskosten mit erheblichen Präferenzunterschieden bezüglich der Gesundheitsversorgung zu rechnen ist, im Rahmen freiheitlichen Handelns zahlreiche Wahl- und Wechselmöglichkeiten.²

Die charakterisierten und erläuterten Funktionen des Wettbewerbs bewahren das Prinzip des Wettbewerbs vor dem Selbstzweck. Die Leistungsfähigkeit und Effizienz des Gesundheitssystems - die kostengünstigste Bereitstellung einer gewählten oder obligatorischen Leistungsqualität - muss stets im Vordergrund stehen. Dabei sind drei Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen zu unterscheiden - der Versicherungsmarkt mit Wettbewerb um Versicherte, der

² Vgl. Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001), S. 17 f.

Leistungsmarkt mit Wettbewerb um Leistungsverträge und der Behandlungsmarkt mit Wettbewerb um Patienten.³

Für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur der Versicherungsmarkt mit dem Wettbewerb um Versicherte und der Leistungsmarkt mit dem Wettbewerb um Leistungsverträge von Relevanz. Ein erfolgreiches Auftreten der gesetzlichen Kassen im Letzteren kann unter Umständen Voraussetzung für einen erfolgreichen Marktauftritt im Wettbewerb um (neue) Versicherte sein.⁴ Im weiteren Verlauf werden infolgedessen beide

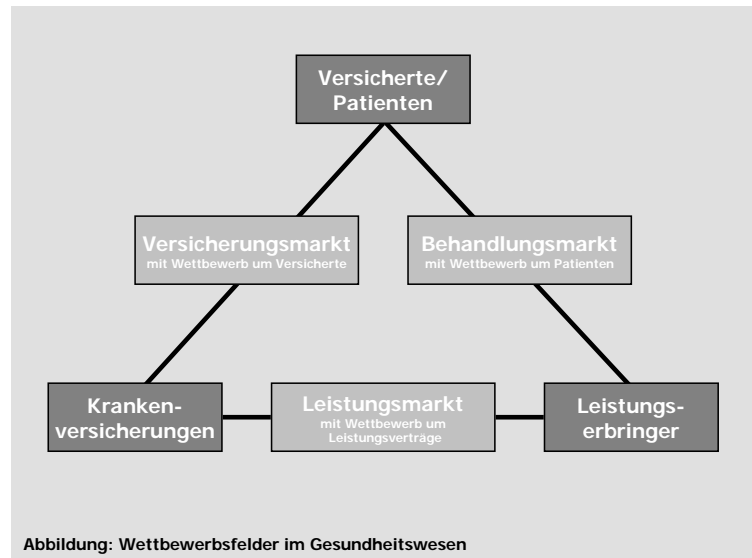


Abbildung: Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen

Märkte - der Versicherungs- und Leistungsmarkt - direkt oder indirekt in die Betrachtung der Möglichkeiten zur Beitrags- und Leistungsdifferenzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einbezogen.

Zur Diskussion der Beschaffenheit der Beitrags- und Leistungsdifferenzierung gegenüber dem Versicherten ist es notwendig, die den Kassen zur Verfügung stehenden Wettbewerbsparameter zu systematisieren und darüber hinaus zu bewerten. Als allgemeine Wettbewerbsparameter lassen sich dabei die Grundmerkmale *Versicherungsbeitrag*, *Leistung* und *Qualität* identifizieren.

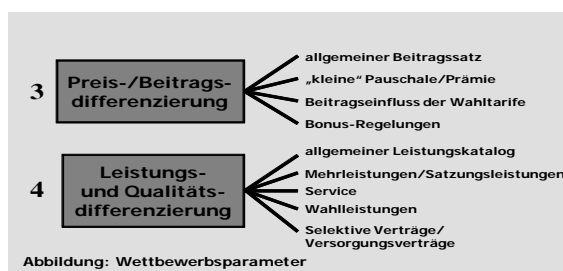


Abbildung: Wettbewerbsparameter

Die mehr oder weniger großen Möglichkeiten der Kassen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Beitrags- und Leistungsdifferenzierung haben nicht unbedingt etwas mit den Idealvorstellungen der Wettbewerbstheorie zu tun. Im klassischen Modell der Wettbewerbstheorie existieren im gesamtwirtschaftlichen Marktgleichgewicht ein einheitlicher Marktpreis

³ Vgl. Cassel, D. (2005), S. 12.

⁴ Vgl. dazu auch Leienbach, V.; Schulze Ehring, F. (2006), S. 345 f.

und eine dazugehörige Gleichgewichtsmenge. Folgerichtig kennt die klassische Wettbewerbstheorie - die auf der Annahme des vollkommenen Marktes basiert - für ein Gut keine Preis-/Beitrags- oder Leistungsdifferenzierungen. Voraussetzung von Preis- oder Leistungsdifferenzierungen sind demzufolge immer Marktunvollkommenheiten, die unter anderem verhindern, dass Nachfrager mit vollständiger Information ohne sachliche und persönliche Präferenzen zum Beispiel einen mehr oder weniger einheitlichen Versicherungsschutz in der GKV ohne sogenannte Such- und Transaktionskosten nur zum günstigeren Preis kaufen würden. Diese Voraussetzungen sind in der Realität in aller Regel erfüllt.

Marktgleichgewichte bilden aber nur einen unbedeutenden Teil der Realität ab; sie sind temporär. Im Mittelpunkt des Interesses steht deshalb fern der klassischen Wettbewerbstheorie das Auslösen eines „*Prozesses der Anpassung*“, des Übergangs von einem Gleichgewicht zum anderen. Ein Verständnis vom Markt und Wettbewerb, das insbesondere von *Schumpeter* geprägt worden ist.⁵ Demnach sind Veränderungen jeglicher Art - auch Innovationen - für Anpassungsvorgänge verantwortlich. Der Markt lässt sich als Prozess charakterisieren, der aufgrund der Existenz von Veränderungen niemals zum Stillstand kommen kann: „*Capitalism [...] never can be stationary.*“⁶

Im „*Prozess der Anpassung*“ obliegt es den handelnden Akteuren - hier den gesetzlichen Kassen -, aktiv Beitrags- und Leistungs politik zu betreiben. Dazu gehören insbesondere Beitrags- und Leistungsdifferenzierungen. Als Motivation geht es dabei weniger um Gewinne (*nicht erlaubt*) als um Marktanteile, Macht und Prestige.

Insgesamt zeigt sich, dass klassische statisch exogene Modelle der Wettbewerbstheorie hinsichtlich der Abbildung der Wirklichkeit Defizite erkennen lassen. Als Grundlage zur Abbildung der Marktgeschehnisse sind sie aber nicht nur notwendig, sondern essentiell. Aus dieser Heterogenität der Wettbewerbstheorie heraus lässt sich damit nicht befriedigend beantworten, ob Beitrags- oder Leistungsdifferenzierungen Ausdruck eines funktionierenden oder nicht funktionierenden Versicherungsmarktes mit einem Wettbewerb um Versicherte darstellen. Genau deshalb beschränken sich die folgenden Abschnitte auf die Analyse der Preis-/Beitrags- und Leistungsdifferenzierung an sich. Es soll analysiert werden, ob sich gemäß der vielen politischen Plädoyers und Schwüre die Möglichkeiten der Kassen für differenzierte Beitrags- und Leistungssignale nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) tatsächlich erweitert oder gar verengt haben. Nicht mehr oder weniger als das Versprechen in der GKV von mehr Wahlfreiheit, Vielfalt und Verschiedenheit in Preis, Leistung und Service steht auf dem Prüfstand.

3. Preis- und Beitragsdifferenzierung in der GKV

Mit dem Gesundheitsfonds haben die Krankenkassen ihre Finanzautonomie und damit einen erheblichen Teil ihrer Entscheidungsgewalt über den Wettbewerbsparameter *Beitrag* verloren. Seit dem 1.1.2009 bestimmen nicht mehr die einzelnen Kassen die Höhe der Beitragssätze,

⁵ Vgl. Schumpeter, J. A. (1942), S. 82.

⁶ Vgl. Schumpeter, J. A. (1950).

sondern der Staat legt einen einheitlichen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds auf das beitragspflichtige Einkommen der Versicherten fest (§ 241 Abs. 2 SGB V). Reichen die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Kassen nicht aus, können die einzelnen Kassen von den Versicherten einen wettbewerbsrelevanten zusätzlichen Versicherungsbeitrag (Zusatzbeitrag) fordern. Im umgekehrten Fall dürfen die Krankenkassen eine Prämie an die Versicherten ausschütten.

3.1 Zusatzbeitrag

Nach derzeitiger Rechtslage ist es den gesetzlichen Krankenkassen freigestellt, ob sie einen prozentualen oder einen festen Zusatzbeitrag („*kleine Pauschale*“) erheben. Um soziale Überforderungen zu vermeiden, darf der Zusatzbeitrag allerdings nicht mehr als 1 Prozent des Haushaltseinkommens betragen (Härtefallregelung). Ohne Einkommensüberprüfung von ihren Versicherten können die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8 € im Monat verlangen.⁷

Die Bedeutung des von den gesetzlichen Krankenkassen erhobenen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrages für den Beitragswettbewerb ist theoretisch auf

(a) die Höhe des Preissignals und/oder auf

(b) die psychologische Wirkung eines direkt beim Versicherten erhobenen Beitrages

zurückzuführen. Beide Effekte sind von der Gesundheitspolitik der letzten Bundesregierung immer wieder im Sinne des vermeintlichen Wettbewerbsgedankens im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz instrumentalisiert worden. Das gilt auch für die Wissenschaft. So spricht Prof. Richter, einer der geistigen Väter des Gesundheitsfonds davon, dass es *klar sei, dass ... [Zusatzbeiträge und] Prämienzahlungen den Wettbewerb [in der GKV] stark beflügeln*. Dieser „politischen“ und wissenschaftlichen These gilt es im Folgenden für beide genannten Kriterien nachzugehen.

3.1.1 Preissignale des Zusatzbeitrages

Um bewerten zu können, wie sich mit Start des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Preis- und Beitragsdifferenzierung innerhalb der Krankenversicherung entwickelt hat, soll im Folgenden die Höhe des Preissignals für unterschiedliche Versicherten- und Einkommensgruppen sowohl vor dem 1.1.2009 als auch nach dem 1.1.2009 (Start des Gesundheitsfonds) analysiert werden. Dabei ist davon auszugehen, dass die Motivation zu einem Kassenwechsel mit der Höhe der Beitragsunterschiede - der potentiellen Ersparnis bei einem Kassenwechsel - zunimmt.

Für die Stärke des Preissignals beziehungsweise des Wechselanreizes vor dem 1.1.2009 sind die Beitragssatzunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen relevant. Im Jahr 2008 lag der Beitragssatzunterschied zwischen der teuersten (17,4 %) und der günstigsten Kasse (12,2 %) bei 5,2 %-Punkten.⁸ Der Beitragssatzunterschied der teuersten Kasse zum

⁷ Vgl. § 242 SGB V.

⁸ Veröffentlichung des BMG, Stand 1.12.2008.

Durchschnittsbeitrag (14,97 %) betrug 2,43 %-Punkte. Darüber hinaus ist das Preissignal für einen (frei gewählten) Beitragssatzunterschied von 1 %-Punkt angegeben. Dieser Unterschied soll ein Wechselszenario außerhalb der Extreme darstellen.

(a) Preissignale bei einem pauschalen Zusatzbeitrag

Die Preissignale im Vergleichsszenario vor und nach dem Start des Gesundheitsfonds beziehen sich – weil der Zusatzbeitrag allein vom Arbeitnehmer zu entrichten ist - auf den Arbeitnehmerbeitrag (Tabelle A). Für die Situation vor dem 1.1.09 bedeutet das, dass die Gesamtersparnisse bei einer Beitragssatzdifferenz von 5,2 %-Punkten, 2,43 %-Punkten beziehungsweise 1 %-Punkt zu halbieren sind. Die für die Arbeitnehmer relevanten „halbierten“ Beitragsersparnisse finden sich in der Spalte 2, 3 und 4. Aus Sicht des Versicherten lässt sich Folgendes feststellen:

- Bei höheren und mittleren Einkommen liegt das Preissignal eines pauschalen Zusatzbeitrages von monatlich 8 €(im Vergleich zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag) immer unter dem Preissignal vor Start des Gesundheitsfonds. (Spalte 5)
- Mit sinkendem Einkommen relativieren sich diese Unterschiede. Wenn man ein Szenario mit einer Beitragssatzdifferenz von 1%-Punkt zugrunde legt, liegt erst ab einem monatlichem Einkommen unterhalb von 1.600 €das (negative) Preissignal des Zusatzbeitrages in Höhe von 8 €(im Vergleich zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag) über dem Wechselanreiz vor dem 1.1.2009 (Spalte 4 und 5).
- Spalte 6 verdeutlicht den „Break Even“ als diejenige Beitragssatzdifferenz in Prozentpunkten (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag), die dem Preissignal des Arbeitnehmers bei einem Zusatzbeitrag von 8 €(im Vergleich zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag) entspräche. Dieser „Break Even“ liegt umso höher, je größer die Differenz beim Zusatzbeitrag wird. (Tabelle B)
- Die Unterschiede beim Zusatzbeitrag steigen, wenn sich Kassen dafür entscheiden, nach heutiger Rechtslage (mit Einkommensüberprüfung) über einen Zusatzbeitrag von 8 € hinauszugehen oder wenn als (positiver) Zusatzbeitrag eine Prämie ausgeschüttet wird. Prämien (als positiver Zusatzbeitrag) werden zurzeit nur sehr selten ausgeschüttet. Die IKK – Südwest, mit einer Prämie von jährlich 100 € stellt eine Ausnahme dar. Bezieht man allerdings diese Prämie mit in die Überlegungen ein, kommt man im Vergleich zu einer Kasse, die einen Zusatzbeitrag von 8 €erhebt, zu Unterschieden beim Zusatzbeitrag von max. 16,30 € monatlich. Das entspräche je nach Einkommen einem Preissignal, das vor dem 1.1.2009 von einer Beitragssatzdifferenz zwischen 0,88 und 2,61 %-Punkten ausgelöst worden wäre.
- Unterschiede beim Zusatzbeitrag von 15,20 € (19,80 €) monatlich entsprechen je nach Einkommen einem Preissignal, das vor dem 1.1.2009 von einer Beitragssatzdifferenz zwischen 1,08 und 3,17 %-Punkten ausgelöst worden wäre. Der Unterschied beim Zusatzbeitrag von 15,20 €(19,80 €) entspricht in etwa der Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Pauschalprämie, die in den Niederlanden im Jahr 2006 (2009) auf dem Versicherungsmarkt gemessen worden ist.

Tabelle A: Monatliche einkommensabhängige Preis- und Beitragssignale (= potentielle Ersparnis beim Kassenwechsel) vor und nach dem 1.1.2009					
	Ersparnis bei max. Beitragssatzdifferenz (5,2 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragsdifferenz zum Ø (2,43 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragssatzdifferenz von 1-%-Punkt	Differenz beim Zusatzbeitrag	„Break-Even,, (in %-Punkte)
Einkommen 3.675 €	95,6 €	44,7 €	18,4 €	8€	0,44
Einkommen 3.333 €	86,7 €	40,5 €	16,7 €		0,48
Einkommen 2.917 €	75,8 €	35,4 €	14,6 €		0,54
Einkommen 2.500 €	65,0 €	30,4 €	12,5 €		0,64
Einkommen 2.083 €	54,2 €	25,3 €	10,4 €		0,76
Einkommen 1.667 €	43,3 €	20,3 €	8,3 €		0,96
Einkommen 1.250 €	32,5 €	15,2 €	6,3 €		1,28

Tabelle B: „Break-Even“ zwischen einem einkommensabhängigen Preissignal und einem steigenden pauschalen Zusatzbeitrag							
„Break-Even,, (in %-Punkte)	Differenz beim Zusatzbeitrag in Höhe von ...						
	8 €	10 €	15,2 €	16,3 €	19,8 €	25 €	30 €
Einkommen 3.675 €	0,44	0,54	0,83	0,88	1,08	1,36	1,63
Einkommen 3.333 €	0,48	0,60	0,91	0,98	1,19	1,50	1,80
Einkommen 2.917 €	0,54	0,68	1,04	1,12	1,36	1,72	2,06
Einkommen 2.500 €	0,64	0,80	1,22	1,34	1,58	2,00	2,40
Einkommen 2.083 €	0,76	0,96	1,46	1,57	1,90	2,40	2,88
Einkommen 1.667 €	0,96	1,20	1,82	1,96	2,38	3,00	3,60
Einkommen 1.250 €	1,28	1,60	2,43	2,61	3,17	4,00	4,80

(b) Preissignale bei einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag

Die Analyse des Preissignals vor und nach dem Start des Gesundheitsfonds ändert sich, wenn kein einkommensunabhängiger, sondern ein einkommensabhängiger (ebenfalls nur vom Arbeitnehmer zu entrichtender) Zusatzbeitrag erhoben wird. Ausgangspunkt ist dabei ein Zusatzbeitrag von 1 Prozent des Haushaltseinkommens. Höher darf der Zusatzbeitrag nach derzeitiger Rechtslage – um soziale Überforderung zu vermeiden - nicht steigen (Härtfallregelung). Entsprechend stellt im Vergleich zwischen Kassen mit und ohne Zusatzbeitrag die Differenz von 1%-Punkten den maximal denkbaren Unterschied beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag dar. Aus Sicht des Versicherten lässt sich Folgendes feststellen (Tabelle C):

- Wenn man den alten Rechtszustand betrachtet und von relativ hohen Beitragssatzersparnissen ausgeht (mindestens 2 %-Punkte), dann liegt das Preissignal eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages - unabhängig vom Einkommen - immer unter dem Preissignal der Situation vor dem Start des Gesundheitsfonds.
- Ab einer potentiellen Senkung des Beitragssatzes unterhalb von 2 %-Punkten („Break Even“) ist das Preis- und Beitragssignal des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages in der heutigen Rechtslage vorteilhafter.

Tabelle C: Monatliche einkommensabhängige Preis- und Beitragssignale (= potentielle Ersparnis beim Kassenwechsel) vor und nach dem 1.1.2009						
	Ersparnis bei max. Beitragssatzdifferenz (5,2 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragsdifferenz zum Ø (2,43 %-Punkte)	Ersparnis bei Beitragsdifferenz von 2-%-Punkt	Differenz beim Zusatzbeitrag		
				0,3%-Punkte	0,6%-Punkte	1%-Punkt
Einkommen 3.675 €	95,6 €	44,7 €	36,8 €	11,0 €	22,1 €	36,8 €
Einkommen 3.333 €	86,7 €	40,5 €	33,3 €	10,0 €	20,0 €	33,3 €
Einkommen 2.917 €	75,8 €	35,4 €	29,2 €	8,8 €	17,5 €	29,2 €
Einkommen 2.500 €	65,0 €	30,4 €	25,0 €	7,5 €	15,0 €	25,0 €
Einkommen 2.083 €	54,2 €	25,3 €	20,8 €	6,2 €	12,5 €	20,8 €
Einkommen 1.667 €	43,3 €	20,3 €	16,7 €	5,0 €	10,0 €	16,7 €
Einkommen 1.250 €	32,5 €	15,2 €	12,5 €	3,8 €	7,5 €	12,5 €

(c) Bewertung

Die Analyse fällt tendenziell zu Gunsten des alten Rechtszustandes aus. Bei pauschalen Zusatzbeiträgen, die sich im heutigen Rechtsrahmen bewegen, liegt das für die Motivation zum Kassenwechsel so wichtige Preissignal in der Regel unter dem vor dem 1.1.2009. Mit sinkendem Einkommen relativiert sich allerdings dieser Nachteil und kehrt sich unter Umständen um, wenn in Zukunft im Rahmen der neuen Legislaturperiode höhere pauschale Zusatzbeiträge oberhalb von 8 € beziehungsweise über der 1%-Einkommensgrenze zur Diskussion stehen.

Auch bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen liegt das Preissignal häufig unterhalb der Situation vor dem Start des Gesundheitsfonds. Nur wenn die Differenz beim Zusatzbeitrag den maximal möglichen Wert von 1%-Punkt erreichen würde und ein Vergleich mit einem Kassenwechsel gezogen wird, der vor dem 1.1.2009 eine Beitragssatzersparnis von unterhalb 2,0 %-Punkten mit sich gebracht hätte, wäre die aktuelle Rechtslage für die Höhe des Preissignals vorteilhafter.

3.1.2 Psychologische Wirkung des Zusatzbeitrages

Als Momentaufnahme oder Gegenwartsbetrachtung der derzeitigen Rechtslage mag der Vergleich des Preissignals oder Wechselanreizes vor und nach dem Start des Gesundheitsfonds in Abhängigkeit vom Einkommen der GKV-Mitglieder genügen. Dem individuellen Preissignal oder Nutzenkalkül ist allerdings die psychologische Wirkung eines Zusatzbeitrages entgegenzuhalten. Der Zusatzbeitrag wird eben nicht durch Lohnabzug beim Arbeitgeber entrichtet, sondern muss vom Arbeitnehmer direkt an die Krankenkassen gezahlt werden. Ein psychologischer Effekt, der das subjektive, nicht objektive Wechselkalkül der Mitglieder erheblich verändern kann. Hinweise für einen derartigen psychologischen Effekt bieten Befragungen und die Erfahrungen mit der Einführung der Praxisgebühr. Diese hat mit Einführung zum 1.1.2004 erhebliche öffentliche Diskussionen ausgelöst und gleichzeitig dazu geführt, dass die Zahl der Arztbesuche 2004 im Vergleich zum Jahr 2003 signifikant gesunken ist.⁹ Aber: Der Effekt war nicht nachhaltig. Im Zeitraum von 2004 bis 2007 sind die Arztkontakte - altersbereinigt – wieder von 16,4 auf 17,7 im Jahr angestiegen (+ 8,4 %).¹⁰

Befragungen zum Zusatzbeitrag haben folgende Ergebnisse zu Tage gebracht:¹¹ Im März 2008 hat der BKK Bundesverband GKV-Versicherte zwischen 18 und 65 Jahren zu einem Wechsel der Krankenkasse für den Fall befragt, dass die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt. 35 % der Befragten gaben an, dass sie im Fall eines Zusatzbeitrages die Krankenkasse wahrscheinlich oder sicher wechseln würden.¹²

⁹ Vgl. DIW Diskussionspapier 506, Die Einführung der Praxisgebühr und Ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte, Grabka, M. et. al. (2005).

¹⁰ Vgl. GEK - Report 2009 unter www.gek.de.

¹¹ Vgl. zu diesem Abschnitt die Studie Drabinski, T. (2009), Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 15, Oktober 2009.

¹² Vgl. Paquet/Stein (2008), GKV-Mitglieder: preissensibel und leistungsbewusst, in: Die BKK 05/2008.

Eine ähnliche Befragung zur Bindung der GKV-Versicherten an ihre Krankenkasse wurde im März 2009 von *Mindline*¹³ durchgeführt. Hier gaben sogar 42 % der Befragten an, die Krankenkasse aufgrund eines Zusatzbeitrages vielleicht oder sicher zu wechseln. Ältere Mitglieder zeigen sich tendenziell weniger wechselbereit; gleiches gilt für Versicherte, die mit dem Service und dem Leistungsangebot zufrieden sind.

Aktuelle Umfragen zum Zusatzbeitrag (BKK und Mindline)		
	BKK	Mindline
Stichprobe	1.179-Versicherte	898 GKV-Versicherte
Methode	Telefoninterviews	Telefoninterviews
Wechsel nach Zusatzbeitrag?		
Ja, sicher	12 %	12 %
Ja, vielleicht	23 %	30 %

Wenn in einer dritten Erhebung nach Motiven eines Wechsels der Krankenkasse gefragt wird, rangiert der Zusatzbeitrag mit 59 % nach der Einschränkung des bisherigen Leistungsangebots auf Platz zwei der Wechselgründe.¹⁴

Als vierte Studie kann die IGES-Studie „Kompass Gesundheit 2009“ zitiert werden. In der sind 3.000 Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren befragt worden. Ergebnis: 62 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten wollen im Falle der Erhebung von Zusatzbeiträgen stärker auf das Preis-Leistungs-Verhältnis achten und wären prinzipiell offen für einen Wechsel zu Kassen mit entsprechend attraktiveren Konditionen. Im Detail steigt demnach bereits bei einem Zusatzbeitrag von 8 € monatlich das Wechselrisiko deutlich an. Bei Erhebung dieses Zusatzbeitrages ohne jegliches zusätzliches Service –und Leistungsangebot äußern 17,2 % der befragten GKV-Mitglieder die Absicht, nicht bei ihrer Krankenkasse zu bleiben. Bei 12 € (16 %) Zusatzbeitrag im Monat sind es schon 35,1 % (56,3 %).

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse, dass die Versicherten den Zusatzbeitrag im Hinblick auf ihre Wahl beziehungsweise Wechsel der Krankenkassen berücksichtigen beziehungsweise berücksichtigen werden. Die psychologische Wahrnehmung als notwendige Bedingung des Zusatzbeitrages als wirksames Preissignal ist somit in repräsentativen Befragungen gegeben. Und: Die Realität scheint den Befragungen Recht zu geben. Nach Aussagen von Kassen und verschiedenen Gesundheitspolitikern lösten die Zusatzbeiträge ab dem Frühjahr 2010 eine Kündigungswelle aus. Dabei kehren vor allem Hartz-IV-Empfänger und junge gesunde Versicherte den Kassen mit Zusatzbeitrag den Rücken. Die Rede ist von

¹³ Vgl. Mindline (2009), Kassenbindung der gesetzlich Krankenversicherten – Repräsentativbefragung.

¹⁴ Vgl. Terraconsult (2009), Versorgungsmanagement und Kommunikation, Gesundheitsfonds 2009: Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs in der Krankenversicherung.

inzwischen 400.000 Kassenwechslern.¹⁵ Vorhersehen, ob sich diese Versichertenmobilität als nachhaltig zeigt, bleibt letztendlich allerdings noch abzuwarten.

3.1.3 Gesamtbewertung

Die psychologische Wirkung des Zusatzbeitrages lässt sich nicht vorhersagen. Das Preissignal des Zusatzbeitrages dagegen ist allein von der Höhe tendenziell (noch) nicht ausreichend, um eine wirksame Wechselmotivation zu bieten. Allerdings ist diese Betrachtung eine Zeitpunktbetrachtung. Während heute die Höhe des Preissignals auch von der Härtefallregel (8 € ohne Einkommensüberprüfung, sonst Zusatzbeitrag max. bei 1 % vom Haushaltseinkommen) beeinträchtigt wird, kann sich die Intensität des Preissignals entwickeln. Allerdings ist eine solche Entwicklung auch bei der neuen Koalition aus Union und FDP nicht vorhersehbar. Es gibt allerdings Argumente dafür, dass der Beitragswettbewerb durch Zusatzbeiträge in der Zukunft aufflammen und eine relevante Größe erreichen wird. Dafür sprechen 5 Argumente:

(1) Der Koalitionsvertrag sieht (a) mehr Beitragsautonomie und (b) beim Arbeitnehmerbeitrag einkommensunabhängige Prämien vor. Wie hoch diese einkommensunabhängigen Prämien ausfallen und welchen Anteil sie am Ausgabenvolumen abdecken sollen, dazu gibt es keine Angaben. Ausgeschlossen wird allerdings ausdrücklich nicht, dass es neben einer einkommensunabhängigen Pauschale auch einen einkommensabhängigen Arbeitnehmerbeitrag in der Beitragsautonomie der Kassen gibt. Näheres wird die seit März tagende Regierungskommission vorschlagen. Bis auf Weiteres wird die heutige Rechtslage gelten.

(2) In der heutigen Rechtslage wird die Notwendigkeit zur Erhebung eines Zusatzbeitrags erhebliche Auswirkungen auf die Marktposition einer Krankenkasse haben. Die 1%ige Überforderungsklausel führt zu einem kasseninternen statt kassenübergreifenden Finanzausgleich, welcher Kassen mit schlechter Risikostruktur trotz effizienter Wirtschaftsführung benachteiligt.¹⁶ Würde ein höherer Zusatzbeitrag für eine Vielzahl der Mitglieder auf ein Prozent ihres Einkommens begrenzt, so müssten die besser verdienenden Mitglieder die Differenz zusätzlich aufbringen. Entsprechend hoch müsse dann der Zusatzbeitrag kalkuliert werden.¹⁷ Kassen mit einem hohen Anteil gut verdienender Mitglieder hätten dadurch einen Wettbewerbsvorteil. Um diesen Wettbewerbsvorteil zu vermeiden, wird die Überforderungsklausel von 1 % in der neuen Legislaturperiode schon aus Wettbewerbsgründen politisch zur Disposition stehen.

(3) Ein (politisch) in der derzeitigen Koalition zwar unwahrscheinlicher Beschluss für einen ausschließlich einkommensabhängigen Zusatzbeitrag würde die Überforderungsklausel obsolet machen. Eine entsprechende Korrektur fordern allerdings viele gesetzliche Krankenkassen ein. Sie wollen, dass der Zuschlag auf keinen Fall als Betrag in Euro und Cent erhoben

¹⁵ Vgl. Versicherungswirtschaft, 1.5.2010, S. 628 ff.

¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006/2007).

¹⁷ Eine Studie des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) aus dem Jahr 2006 unterstreicht die Kritik der Experten. Auf Grundlage der bei den damals 16 AOKn vorhandenen Daten zur Einkommensstruktur der Mitglieder hatte der Verband untersucht, wie sich der Zusatzbeitrag in Kombination mit der Überforderungsklausel auswirken wird. Bereits bei einem einheitlichen Finanzbedarf von 10 € je Mitglied müssten die AOKn von Kasse zu Kasse stark unterschiedliche Zusatzbeiträge erheben. Die Bandbreite reiche hier von 11,73 bis rund 42 €. Bei einem Niveau von 15 € bekämen bereits 13 der 16 AOKn das notwendige Geld nicht mehr zusammen.

wird, sondern nur als prozentualer Anteil vom Einkommen.¹⁸ Das Ergebnis: Die Logik des Beitragswettbewerbs würde – beschränkt auf das Beitragsvolumen des kassenindividuellen Zusatzbeitrages – zur Situation vor dem Start des Gesundheitsfonds zurückkehren.

(4) Aus dem Unionslager wird dem Ansinnen, die Überforderungsklausel zu streichen, nur partiell widersprochen, denn nur mit der Aufhebung der Überforderungsklausel lässt sich der Gesundheitsfonds unter Beibehaltung der Grundstruktur in Richtung einer Beitragspauschale (mit Sozialausgleich) entwickeln. Um allerdings einen relevanten Anteil des pauschalen Zusatzbeitrages am zu deckenden Ausgabenvolumen zu erreichen, muss auch die Beschränkung des Zusatzbeitrages auf 5 % des Fonds zur Disposition stehen.

(5) Ob die Beschränkung des Zusatzbeitrages auf 5 % des Fondsvolumens mittelfristig (politisch) trägt, hängt entscheidend davon ab, in welchem Ausmaß der Gesetzgeber bei steigenden Gesundheitskosten bereit ist, den einheitlichen Beitragssatz anzuheben und/oder den Gesundheitsfonds mit zusätzlichen Steuer- und Haushaltsmitteln zu speisen. Dass das zumindest nicht in großzügiger Form der Fall sein wird, dafür spricht, dass in Zukunft die Steuermittel angesichts der zunehmenden Verschuldung und der daraus resultierenden notwendigen Haushaltskonsolidierung zumindest limitiert sind und jeder Anstieg des Beitragssatzes zwangsläufig zum Gegenstand der parteipolitischen Auseinandersetzung wird.

3.2 Wahltarife

Neben dem Zusatzbeitrag steht den gesetzlichen Krankenkassen als Beitragsparameter auch der Beitragseinfluss von Wahlтарifen gemäß § 53 SGB V zur Verfügung. Dabei handelt es sich um freiwillig oder optional von den Kassen anzubietende Tarife, die entweder – gegen eine Zusatzprämie – eine Mehrleistung oder – Beitrags mindernd - eine Leistungseinschränkung im Vergleich zum herkömmlichen Leistungskatalog der GKV vorsehen. Letztendlich geht es dabei immer um eine gezielte Einschränkung oder Ausweitung der Versicherungsleistungen. Bei Tarifen mit Selbstbehalten beispielsweise erfolgt ein direkter Verzicht auf Versicherungsleistungen, die im Krankheitsfall selbst zu tragenden Kosten. Diejenigen dagegen, die zum Beispiel die hausarztorientierte oder integrierte Versorgung als Wahlтариф gewählt haben, akzeptieren die Einschränkung der freien Arztwahl oder den Verzicht auf den direkten Facharztbesuch. Bei Wahlтарifen als Zusatzversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt dagegen eine Zuwahl von Leistungen. Für diese zusätzliche Leistung muss eine zusätzliche Prämie aufgebracht werden.

Die Wahlтарife der GKV werden in der politischen Diskussion beständig thematisiert. Die in Medien, Wissenschaft und Politik geführte Diskussion verläuft kontrovers. Politische Befürworter von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung weisen dabei in der Regel vor allem auf mehr Wahlfreiheit, Wettbewerb und innovative Tarifgestaltungen hin. In den Wahlтарifen stecke – so die Fürsprecher - „*der Keim, den es für ein besseres Gesundheitssystem brauche.*“¹⁹ Dieser „politischen“ These gilt es genauer nachzugehen. Dabei sollen für Wahlтарife in der GKV

¹⁸ Vgl. Krankenkassen wollen Regelung zum Zusatzbeitrag kippen, in: Die Welt, 15.7.2009, S. 10.

¹⁹ Politische Werbung der Techniker Krankenkasse für Wahlтарife (Stand: 6/2007), unter: <http://www.tkonline>.

(a) die Preissignale bei Leistungseinschränkung,

(b) die Preissignale bei Mehrleistungen im Mittelpunkt des Interesses stehen.

3.2.1 Preissignale bei Leistungseinschränkung

(a) Selbstbehalttarife

Bei Tarifen mit Selbstbehalten erfolgt mit den im Krankheitsfall selbst zu tragenden Kosten ein direkter Verzicht auf Versicherungsleistungen. Die optional oder freiwillig von den Kassen angebotenen Selbstbehalttarife sollen dafür sorgen, dass ähnlich wie bei der privaten Krankenversicherung künftig diejenigen Versicherten, die eine höhere Selbstbeteiligung bei den Behandlungs- oder Medikamentenkosten akzeptieren, vergleichbar niedrigere Beiträge zahlen. Diese als Prämie zu bezeichnende Beitragsdifferenz zum herkömmlichen Beitrag kann von den Krankenkassen im Beitragswettbewerb um neue Versicherte als Beitragsparameter festgesetzt werden. Allerdings dürfen die Beitragsanreize im Selbstbehalttarif 1/5 der jährlich geleisteten Beiträge der Versicherten nicht überschreiten. Eine jährliche Höchstgrenze von 600 € darf dabei - so die gesetzlichen Vorgaben - definitiv nicht überschritten werden.²⁰

Beispiel aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg: Selbstbehaltmodell

Jahres-einkommen	Bonus oder Prämie	maximaler Selbstbehalt	absolutes Risiko	relatives Risiko
bis 12.000 €	40 €	120 €	80 €	200 %
bis 18.000 €	90 €	170 €	80 €	88,9 %
bis 24.000 €	140 €	220 €	80 €	57,1 %
bis 30.000 €	190 €	270 €	80 €	42,1 %
bis 36.000 €	240 €	330 €	90 €	37,5 %
bis 42.000 €	340 €	440 €	100 €	29,4 %
ab 42.001 €	540 €	660 €	120 €	22,2 %

de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/tk__programme/tk240/tk240.html.

²⁰ Vgl. § 53 Abs. 2 und 8 SGB V.

Mögliche Ersparnis – bei entsprechendem Eigenrisiko – durch den Selbstbehalt (AOK-Rheinland) als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %)			
Einkommen	Bonus	Maximaler Selbstbehalt	Ersparnis in %
12.000 €	40 €	120 €	4,2 %
12.001 €	90 €	170 €	9,5 %
18.001 €	140 €	220 €	9,8 %
24.001 €	190 €	270 €	10,0 %
30.001 €	240 €	330 €	10,1 %
36.001 €	340 €	440 €	12,0 %
42.001 €	540 €	660 €	16,3 %

In der AOK Rheinland-Hamburg wählen die Mitglieder den Selbstbehalttarif gemäß der für sie relevanten Einkommensstufe. Dabei steht es den Mitgliedern grundsätzlich offen, auch eine niedrigere Tarifstufe zu wählen (Abwärtskompatibilität). Damit ist das Preissignal bei Selbsthalten in der AOK Rheinland-Hamburg ausdrücklich einkommensabhängig. Dazu folgende Einzelergebnisse: (1) Die Ersparnismöglichkeit des Selbstbehaltmodells steigt mit dem Einkommen. (2) Das absolute Risiko nimmt mit dem Einkommen gar nicht oder nur langsam zu. (3) Das relative Risiko (Risiko/Bonus) sinkt sogar mit steigendem Einkommen. (4) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der Beitragseinfluss des Selbsthalts nicht unerheblich: Je nach Einkommen lassen sich durch die Wahl eines Selbsthalts – bei entsprechendem Eigenrisiko - 4,2 % (bei einem Jahreseinkommen von 12.000 €) bis 16,3 % (bei einem Jahreseinkommen von 42.001 €) des Arbeitnehmerbeitrags zur GKV einsparen.

(b) Beitragsrückerstattungstarife

Die angebotenen Beitragsrückerstattungstarife sollen dafür sorgen, dass künftig diejenigen Versicherten, die gar keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch genommen haben, am Jahresende einen Teil ihrer Beiträge zurückerstattet bekommen. Dabei erfolgt ein indirekter Verzicht auf Versicherungsleistungen insofern, dass finanzielle Prämienanreize existieren, im Krankheitsfall eventuell auf einen Arztbesuch zu verzichten. Die Prämie kann als Beitragsdifferenz von den Krankenkassen im Beitragswettbewerb um neue Versicherte als Beitragsparameter festgesetzt werden. Allerdings dürfen die Beitragsanreize bei Beitragsrückerstattung 1/12 der jährlich geleisteten Beiträge der Versicherten nicht überschreiten. Eine jährliche Höchstgrenze von 600 € darf auch hier nicht überschritten werden.²¹

²¹ Vgl. § 53 Abs. 2 und 8 SGB V.

Beispiel aus der Satzung der Techniker Krankenkasse:
Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen

Die Maximal-Prämie beträgt 1/12 des im Kalenderjahr selbst getragenen Beitrages				
1. Jahr:	50 % der Maximalprämie			
2. Jahr:	75 % der Maximalprämie			
3. Jahr:	100 % der Maximalprämie			
Einkommensbeispiele	Arbeitgeberbeitrag (7,9 %)	Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit		
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
44.100 €	3.484 €	145,2 €	217,8 €	290,3 €
35.000 €	2.765 €	115,2 €	172,8 €	230,4 €
25.000 €	1.975 €	82,3 €	123,4 €	164,6 €
15.000 €	1.185 €	49,4 €	74,1 €	98,8 €

Mögliche Ersparnis - risikolos - durch die Beitragsrückerstattung (Techniker Krankenkasse) als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %)			
Einkommen	Ersparnis		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
44.100 €	4,2 %	6,3 %	8,3 %
35.000 €	4,2 %	6,3 %	8,3 %
25.000 €	4,2 %	6,3 %	8,3 %
15.000 €	4,2 %	6,3 %	8,3 %

Die volle Prämie des Beitragsrückerstattungstarifs beträgt 1/12 des im Jahr während der Teilnahme vom Mitglied selbst getragenen Beitrages. Je nach Leistungsfreiheit werden 50 % bis 100 % der Maximalprämie ausgeschüttet. Nach jedem Teilnahmejahr, in dem Leistungen bezogen wurden und deswegen keine Prämie ausgezahlt wurde, beginnt der Anspruch ab dem folgenden leistungsfreien Teilnahmejahr mit dem nächst niedrigen Vom-Hundertsatz, mindestens jedoch mit 50 % der Maximalprämie. Damit ist das Preissignal bei Beitragsrückerstattungstarifen genauso wie bei Selbstbehalten in der TK einkommensabhängig. Dazu folgende Ergebnisse: (1) Die Ersparnismöglichkeit der Beitragsrückerstattung steigt mit dem Einkommen/Dauer der Leistungsfreiheit. (2) Die Möglichkeit zur Ersparnis ist risikolos. (3) Bezogen auf einen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der Einfluss des Beitragsrückerstattungstarifs nicht unerheblich: Unabhängig vom Einkommen lassen sich durch die Wahl eines entsprechenden Tarifs risikolos 4,2 % (Einkommen 15.000 € mit Leistungsfreiheit im 1. Jahr) bis 8,3 % (Einkommen 44.100 € mit Leistungsfreiheit im 3. Jahr) des Arbeitnehmerbeitrags zur GKV einsparen.

(c) Tarife der besonderen Versorgungsformen

Wahltarife der besonderen Versorgungsformen müssen verpflichtend von den gesetzlichen Kassen angeboten werden. Zu den obligatorischen Wahlтарifen gehören:

- Disease-Management-Programme (§ 137f)
- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b)
- Integrierte Versorgung (§ 140a)
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c)

Die Wahlтарife der besonderen Versorgungsformen stellen für die Versicherten insoweit eine Leistungseinschränkung dar, dass sie mit Einschreibung in den Tarif die Einschränkung der freien Arztwahl, den Verzicht auf den direkten Facharztbesuch oder den Verzicht auf die ärztliche Therapiefreiheit akzeptieren.

Im Gegensatz zu den freiwilligen Wahlтарifen existiert bei den obligatorischen Wahlтарifen kein zwingender, sondern nur ein bedingter Beitragseinfluss. Für die Versicherten dieser Wahlтарife kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder eine Zuzahlungsermäßigung vorsehen.²² Das Setzen von derartigen finanziellen Anreizen ist für die Krankenkassen allerdings nicht verpflichtend. Das obligatorische Angebot von Wahlтарifen der besonderen Versorgungsformen ist auch ohne unmittelbare (finanzielle) Gegenleistung erlaubt. Der Beitragseinfluss ist in der Praxis uneinheitlich:

(1) Geschätzt bieten lediglich 50 % der Krankenkassen einen finanziellen Anreiz für die Beteiligung der Versicherten an ihren obligatorisch anzubietenden Wahlтарifen an. Von den Tarifen, die einen monetären Anreiz bieten, entfallen ca. 2/3 auf Zuzahlungsermäßigungen und 1/3 auf Prämienausschüttungen.²³ Bei den Zuzahlungsermäßigungen handelt es sich dabei in der Regel um die Erlassung der Praxisgebühr.

(2) Die Disease-Management-Programme sind – anders als andere Wahlтарife - überproportional mit finanziellen Anreizen verbunden. Das liegt insbesondere daran, dass für die Kassen Versicherte in diesen Programmen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs finanziell von Vorteil sind. Während sich die Zuzahlungsreduktionen in der Regel auf die Erlassung der Praxisgebühr beschränken (40 € jährlich), liegen die Prämienausschüttungen auch schon mal darüber. Die Regelspanne der monetären Anreize bei Beteiligung am Disease-Management-Programm im Rahmen eines Wahlтарifs beträgt letztendlich 40 bis 100 € jährlich. Damit liegt die mögliche Spanne bei den Beitragsersparnissen - bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen - zwischen 1,1 und 2,9 % (40 bis 100 € Prämie bei einem Jahreseinkommen von 44.100 €) beziehungsweise zwischen 3,4 bis 8,4 % (40 bis 100 € Prämie bei einem Jahreseinkommen von 15.000 €).²⁴

(3) Hausarztzentrierte Versorgung als Wahlтарife sind (noch) selten. Die derzeitige Situation ist vom ausstehenden Schiedsverfahren geprägt. In dieser als „abwartend“ zu betrachtenden

²² Vgl. § 53 Abs. 3 SGB V.

²³ Vgl. dazu GKV-Monitoring (2009).

²⁴ Vgl. dazu GKV-Monitoring (2009).

Situation sind Prämien so gut wie gar nicht vertreten. Wenn es finanzielle Anreize gibt, handelt es sich um Zuzahlungsermäßigungen.

(4) Nach den Disease-Management-Programmen lassen sich bei den integrierten Versorgungsformen (als zweitstärkste Gruppe) obligatorische Wahltarife mit finanziellen Anreizen finden. Die Regel sind Zuzahlungsreduktionen (Erlassung der Praxisgebühr). Prämien sind selten, schwanken aber zwischen 25 bis zu 200 € in Einzelfällen.²⁵ Oft handelt es sich dabei auch um einmalige, vertragsabhängige Zahlungen.

(5) Im Aufbau befinden sich die obligatorischen Wahltarife im Bereich der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Ähnlich wie beim Hausarztvertrag gibt es sehr wenige prämiensorientierte Verträge. Zuzahlungsreduktionen sind – wenn überhaupt – deutlich überproportional vertreten.

3.2.2 Preissignale bei Mehrleistung

(a) Wahl bestimmter Arzneimittel

Nicht um Beitragsreduktion, sondern um Mehrleistungen gegen Zusatzprämien geht es bei der Wahl bestimmter Arzneimittel. Nach § 53 Absatz 5 kann die gesetzliche Krankenkasse in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (zum Beispiel homöopathische oder anthroposophische Arzneimittel) regeln, die nach § 34 SGB V normalerweise nicht zur Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Hierfür sind allerdings spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorzusehen.

Dazu ein Beispiel aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg:

Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	Jahresrechnungshöchstbetrag in EUR
bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres	4,80	140,00
bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres	5,80	160,00
bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres	6,80	180,00
bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres	8,80	200,00
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	15,80	270,00
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	21,60	340,00

Zusätzlicher Beitrag als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %) bei einem Tarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (AOK Rheinland)

Einkommen	44.100 €	35.000 €	25.000 €	15.000 €
Alter				
bis 25	+ 1,7 %	+ 2,1 %	+ 2,9 %	+ 4,9 %
bis 35	+ 2,0 %	+ 2,5 %	+ 3,5 %	+ 5,9 %
bis 45	+ 2,3 %	+ 3,0 %	+ 4,1 %	+ 6,9 %
bis 55	+ 3,0 %	+ 3,8 %	+ 5,3 %	+ 8,9 %
bis 65	+ 5,4 %	+ 6,9 %	+ 9,6 %	+ 16,0 %
über 65	+ 7,4 %	+ 9,4 %	+ 13,1 %	+ 21,9 %

²⁵ Vgl. dazu GKV-Monitoring (2009).

Maßgeblich für die Höhe der Monatsprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalendermonats, für den die Prämie zu entrichten ist. Erstattet werden 90 % der dem Versicherten in Deutschland entstandenen nachgewiesenen Kosten für von einem Vertragsarzt verordnete und von einer zugelassenen deutschen Apotheke abgegebene nicht verschreibungspflichtige phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel (Arzneimittel der besonderen Therapierichtung). Der Anspruch auf Kostenerstattung ist auf einen kalenderjährlichen Rechnungshöchstbetrag begrenzt. Das führt zu folgendem Fazit:

(1) Allein das Merkmal „Alter“ entscheidet darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die Beitragsstabilität ist damit für den einzelnen Versicherten nicht gewährleistet. (2) Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind nicht unerheblich. Für über 65-Jährigen liegen die Beiträge 350 % über den Beiträgen für unter 25-Jährige. (3) Die Kostenerstattung ist – ebenfalls einkommensabhängig – auf Erstattungshöchstbeträge begrenzt. Das Risiko der Kasse – die Differenz zwischen Jahresbeitrag und Erstattungshöchstbetrag – ist uneinheitlich, hält sich mit 80,40 € (für Versicherte zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr) bis 98,40 € jährlich (für Versicherte zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr) für die Krankenkasse in Grenzen. (4) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der zusätzlich zu entrichtende Beitrag für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung nicht unerheblich: Je nach Einkommen und Alter müssen durch die Wahl des Zusatztarifs 1,7 % (Jahreseinkommen 44.100 € bei einem Alter von unter 25) bis 21,9 % (Jahreseinkommen 15.000 € bei einem Alter von über 65) Mehrbeiträge zum (erweiterten) Versicherungsschutz aufgebracht werden.

(b) Kostenerstattungstarife

Nach § 53 Absatz 4 kann die gesetzliche Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Eine Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte, so dass - im Vergleich zur herkömmlichen Sachleistung - für die Versicherten eine Mehrleistung in der GKV vorliegt. Die Krankenkassen können dabei die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

Beispiel aus der Satzung der Techniker Krankenkasse:

Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Alter in Jahren	Monatsprämie in Euro
0 - 18	17,90 Euro
19 - 25	24,90 Euro
26 - 35	25,90 Euro
36 - 45	29,90 Euro
46 - 55	39,90 Euro
56 - 65	56,90 Euro
66 - 75	71,90 Euro
76 - 85	80,90 Euro
über 85	99,90 Euro

Erstattet werden dem Versicherten entstandene und nachgewiesene Kosten für ambulante ärztliche Leistungen. Die Höhe der Erstattung beträgt 90 % vom Rechnungsbetrag für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen werden bis zum maximal 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes nach der GOÄ berücksichtigt. Der dem Versicher-

ten verbleibende Kostenanteil für die erstattungsfähigen ärztlichen Leistungen in Höhe von 10 vom Hundert des Rechnungsbetrages ist je Versicherten auf maximal 400 € pro Jahr begrenzt. Für Versicherte, die in einem vollständigen Teilnahmejahr keine Leistungen aus dem Tarif in Anspruch genommen haben, erhält das Mitglied eine Prämienrückerstattung in Höhe von 5 % der gezahlten Prämie. Die Prämie steigt – bis maximal 50 % - für jedes weitere leistungsfreie Jahr um 5 %-Punkte.

Der Kostenerstattungstarif der Techniker Krankenkasse ist eine Kombination aus der Kostenerstattung für ambulante Leistungen nach GOÄ und einem Beitragsrückerstattungstarif. Die Wirkungen der Beitragsrückerstattung sollen hier unberücksichtigt bleiben. Das führt zu folgendem Fazit: (1) Wieder entscheidet das Merkmal „Alter“ darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die Beitragsstabilität ist damit auch hier nicht gewährleistet. (2) Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind nicht unerheblich. Für über 85-Jährige liegen die Beiträge 458 % über den Beiträgen für unter 18-Jährige. (3) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der zusätzlich zu entrichtende Beitrag für die Kostenerstattung nicht unerheblich: Je nach Einkommen und Alter müssen durch die Wahl des Zusatztarifs 6,2 % (Jahreseinkommen 44.100 € bei einem Alter von unter 18) bis 101,2 % (Einkommen 15.000 € bei einem Alter von über 85) Mehrbeiträge zum (erweiterten) Versicherungsschutz aufgebracht werden.

Zusätzlicher Beitrag als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %) bei einem Tarif für Kostenerstattung bei ambulanter Behandlung (Techniker Kasse)				
Einkommen				
Alter	44.100 €	35.000 €	25.000 €	15.000 €
0 bis 18	+ 6,2 %	+ 7,8 %	+ 10,9 %	+ 18,1 %
19 bis 25	+ 8,6 %	+ 10,8 %	+ 14,6 %	+ 25,2 %
26 bis 35	+ 8,9 %	+ 11,2 %	+ 15,7 %	+ 26,2 %
36 bis 45	+ 10,3 %	+ 13,0 %	+ 18,2 %	+ 30,3 %
46 bis 55	+ 10,9 %	+ 17,3 %	+ 24,2 %	+ 40,4 %
56 bis 65	+ 19,6 %	+ 24,7 %	+ 34,6 %	+ 57,6 %
66 bis 75	+ 24,8 %	+ 31,2 %	+ 43,7 %	+ 72,8 %
76 bis 85	+ 27,9 %	+ 35,1 %	+ 49,2 %	+ 81,9 %
über 85	+ 34,4 %	+ 43,4 %	+ 60,7 %	+ 101,2 %

(c) Zahnzusatz-/Zahnersatzversicherung

Als Interpretation der Wahltarife nach § 53 Absatz 4 werden von den Krankenkassen auch Zusatzversicherungen angeboten. Diese sind bislang nur von den Landesversicherungsämtern genehmigt worden. Beispielfhaft sei hier insbesondere die AOK Rheinland-Hamburg genannt. Aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg wird hier exemplarisch die Kostenerstattung bei Zahnersatz analysiert. Die Analyse zur Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus beziehungsweise die Auslandsreisekrankenversicherung als Zusatzversicherung findet sich dagegen in der Anlage.

*Beispiel aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg:
Tarif für die Kostenerstattung bei Zahnersatz*

Zusätzlich zum herkömmlichen Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die dem Versicherten entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendigen Zahnersatz erstattet, sofern dieser von einem Vertragszahnarzt eingegliedert wurde. Der Anspruch auf Erstattung ist in den ersten drei Jahren nach Abschluss des Kostenerstattungstarifes abweichend wie folgt begrenzt: 1. Jahr maximal 250,00 EUR 2. Jahr maximal 500,00 EUR 3. Jahr maximal 750,00 EUR. Maßgeblich für die Bestimmung der Monatsprämie ist jeweils das Alter des Versicherten zu Beginn des Kalendermonats, für den die Prämie zu entrichten ist.

Altersklassen	Monatsprämie in EUR
bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	2,10
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	6,80
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	12,70
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	19,10

Zusätzlicher Beitrag als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %) bei einem Tarif für Zahnersatz (AOK Rheinland-Hamburg)				
Einkommen				
Alter	44.100 €	35.000 €	25.000 €	15.000 €
0 bis 20	+ 0,7 %	+ 0,9 %	+ 1,3 %	+ 2,1 %
20 bis 40	+ 2,3 %	+ 3,0 %	+ 4,1 %	+ 6,9 %
40 bis 65	+ 4,4 %	+ 5,5 %	+ 7,7 %	+ 12,9 %
über 65	+ 6,6 %	+ 8,3 %	+ 11,6 %	+ 19,3 %

Dies führt zu folgendem Fazit beim Beitragseinfluss: (1) Allein das Merkmal „Alter“ entscheidet auch hier darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die Beitragsstabilität ist wieder nicht gewährleistet. (2) Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind erheblich. Für über 65-Jährige liegen die Beiträge 809 % über den Beiträgen für unter 20-Jährige. (3) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der zusätzlich zu entrichtende Beitrag für die Kostenerstattung im Bereich Zahnersatz nicht unerheblich: Je nach Einkommen und Alter müssen durch die Wahl des Zusatztarifs 0,7 % (Jahreseinkommen 44.100 € bei einem Alter von unter 20) bis 19,3 % (Einkommen 15.000 € bei einem Alter von über 65) Mehrbeiträge zum (erweiterten) Versicherungsschutz in der GKV aufgebracht werden.

3.2.3 Gesamtbewertung

Die Wahltarife haben zum Teil für die einzelnen Versicherten einen nicht unerheblichen Beitragseinfluss in der GKV. In der Regel sind diese Einflüsse einkommens- und bei Tarifen

mit Zusatzprämien gleichzeitig auch altersabhängig. Das Ausmaß dieses Einflusses obliegt der individuellen Ausgestaltung durch die Krankenkassen. Trotzdem sind die Wahltarife als Wettbewerbsparameter von den Krankenkassen nicht vollends frei gestaltbar. Für Selbsthalte und Beitragsrückerstattungstarife gelten, wie beschrieben, finanzielle Grenzen. Darüber hinaus gilt für alle Wahltarife, dass die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen.²⁶ Eine Quersubventionierung aus dem allgemeinen Haushalt der Krankenkasse oder zwischen Wahlтарifen untereinander ist nicht erlaubt. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben aus diesem Grund regelmäßig, mindestens aber alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesversicherungsamt oder der zuständigen Landesaufsicht Rechenschaft abzulegen.

Dass die (finanziellen) Grenzen der Gestaltungsfreiheit von Wahlтарifen bei den Krankenkassen greifen müssen, dafür sprechen insbesondere Selektionseffekte. Wenn man berücksichtigt, dass gerade optionale Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung von ihrer Anlage her zu Mitnahmeeffekten und Vorteilshopping führen, werden Quersubventionierungen – trotz Verbots – nicht unwahrscheinlich sein.²⁷ Letztendlich sind damit optionale Wahlтарife unsolidarisch und in der GKV systemfremd.²⁸ Dabei sind vermutlich die Wahlтарife (langfristig), als wirtschaftlich nicht selbständig vom allgemeinen Leistungskatalog zu betrachten. Denn im Gegensatz zu vergleichbaren Tarifen in der PKV, die wirtschaftlich selbständig auf einen eigenen Markterfolg um neue Versicherungskunden zielen, werden gesetzliche Wahlтарife häufig aus strategischen Gründen nur deshalb aufgelegt, um (kurzfristig) Versicherte als Bestandskunden in der jeweiligen Kasse zu halten. Eine Vermutung, die Bestätigung findet, wenn man zusätzlich folgende Tatbestände berücksichtigt:

- Der Gesetzgeber hat eine dreijährige Bindungspflicht bei optionalen Wahlтарifen eingeführt, während der eine Kündigung der Krankenkasse ausgeschlossen ist.²⁹ Damit soll das allzu häufige Wechseln zwischen Tarifen - je nach Erwartung der Inanspruchnahme von Leistungen - verhindert werden, hat aber gleichzeitig insbesondere einen wettbewerbsbeschränkenden Charakter. Die schon vor der Gesundheitsreform nach § 175, Abs. 4, Satz 1, Sozialgesetzbuch V geltende 18-monatige Bindungsfrist an die Krankenkasse im „Normaltarif“ der GKV wird nämlich im Zuge des Vehikels „Wahlтарife“ verdoppelt.
- Während es im „Normaltarif“ der GKV möglich ist, sich bei der Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise bei der Absenkung einer Prämienzahlung der 18-monatigen Bindung an eine Krankenkasse mit einem Sonderkündigungsrecht (§ 175, Abs. 4, Satz 5) zu entziehen, bleibt die Bindung und Zugehörigkeit zur gewählten Krankenkasse durch die Wahl eines „dreijährigen“ Wahlтарifs auch dann erhalten, wenn angesichts der Erhebung eines neuen Zusatzbeitrages eigentlich ein Wechselwunsch bestünde. Damit wird das eigentlich bestehende Sonderkündigungsrecht bewusst unterlaufen beziehungsweise verboten. Ein Verbot, das sich auch nicht mit Selektionseffekten begründen lässt. Ergo: Es handelt sich um eine reine Wettbewerbsbeschränkung. Es liegt die Vermutung

²⁶ Vgl. § 53 Abs. 9 SGB V.

²⁷ Vgl. dazu auch Schulze Ehring, F.; Weber, C. (2008), S. 34 ff.

²⁸ Vgl. dazu auch Leienbach, V.; Schulze Ehring, F.; Weber, C. (2007), S. 233 ff.

²⁹ Vgl. § 53 Abs. 8 SGB V.

nahe, dass die Kassen die wirtschaftlich nicht selbständigen Wahltarife nutzen, um wider des Wettbewerbsgedankens (Wettbewerb setzt Wechsel voraus) Bestandsversicherte längerfristig zu binden.

- Freiwillig angebotene Zusatztarife in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, anders als in der PKV, ohne Alterungsrückstellungen altersabhängig kalkuliert. Von vornherein steht damit nicht der langfristige, sondern der kurzfristige Versicherungsschutz im Mittelpunkt des Interesses. Langfristige Beitragsstabilität wird qua Kalkulation ausgeschlossen. Dazu kommt, dass die Kassen jederzeit die Möglichkeiten haben, aus wirtschaftlichen Gründen Wahltarife zu schließen. Damit stellen sich die Wahltarife erneut als Möglichkeit dar, per Gesetz legitimierte kurzfristige Kundenbindung zu betreiben. Nicht zuletzt deshalb sind Wahltarife in der GKV unter Gesichtspunkten des Verbraucherschutzes kritisch zu beurteilen.

Zusammenfassend sind gerade freiwillig anzubietende Wahltarife nicht ungeeignet, längerfristige Kundenbindungen zu realisieren. Das Interesse am Angebot von optionalen Wahltarifen ist seitens der Krankenkassen deshalb nicht ohne Grund zum Teil groß. Das zeigt auch die Marktübersicht freiwillig angebotener Wahltarife in der GKV. Mit Stand Januar 2010 boten die 38 mitgliedsstärksten Krankenkassen folgende optionale Wahltarife ihren Versicherten an.

Zusammenfassung: Marktübersicht angebotene Wahltarife in der GKV			
Wahltarif	Anzahl Kassen	Anzahl Tarif	Prozentualer Anteil Kasse
Selbstbehalttarif	34	55	89,5%
Prämienzahlung	17	20	45%
Kostenerstattung	6	8	16%
Kostenerstattung – Zusatzleistungen, davon	8	8	21%
Zähne	6	6	16%
Ausland	1	1	2,5%
Komfort Stationär	1	1	2,5%
Zuzahlungen	1	1	2,5%
Häusliche Pflege			
Kostenerstattung - besondere Arzneimittel	14	17	37%
Wahltarifkrankengeld (verpflichtend), davon	36	95	97,5%
Premiumtarif (KG-Absicherung > BBG)	21	26	55%

Das Angebot ist vorhanden, nur das Interesse an den Wahlтарifen ist seitens der Versicherten noch relativ bescheiden. Bisher haben sich nur wenige Versicherte in die freiwillig von den Kassen angebotenen Wahlтарife eingeschrieben. Das zeigt sich unter anderem in der KM1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit:

Wahlтарif	Zahl der Versicherten	Anteil an GKV-Versicherten
Selbstbehalt (§ 53, Abs. 1)	342.686	0,49 %
Beitragsrückerstattung (§ 53 Abs. 2)	146.143	0,21 %
Kostenerstattung (§ 53, Abs. 4)	224.184	0,32 %
Wahl bestimmter Arzneimittel (§ 53, Abs. 5)	861	0,001 %

Scheinbar überzeugen, auch wenn die möglichen Beitragsersparnisse zum Teil nicht unerheblich sind, die Preissignale bisher nicht, um sich in einen sogenannten optionalen Wahlтарif in der GKV einschreiben zu lassen. Anders ist das bei den sogenannten verpflichtenden Wahlтарifen. Hier stehen in der Regel keine oder nur kleine finanzielle Anreize (unter anderem Wegfall der Praxisgebühr) im Vordergrund. Stattdessen geht es um neue Versorgungsformen, die Behandlungen von chronisch Kranken standardisieren und/oder zwischen den Sektoren vernetzen. Gerade die vielen chronisch Kranken tragen deshalb zu den hohen Einschreibungszahlen bei. Bis zum Januar 2010 haben sich 9.724.200 Versicherte für Wahlтарife der neuen Versorgungsformen entschieden. Das entspricht einem Anteil an allen GKV-Versicherten von 14 %.

3.3 Bonus-Regelungen

Vorraussetzung für Bonuszahlungen an Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel gesundheitsbewusste Verhaltensweisen nach § 65a SGB V. Zu den möglichen Bonus-Regelungen gehören:

- (a) Bonus bei Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 (§ 65a Abs. 1)
- (b) Bonus bei qualitätsgesicherten Leistungen zur Prävention (§ 65a Abs. 1)
- (c) Bonus bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer (§ 65a Abs. 2)
- (d) Bonus bei (genehmigten) Modellvorhaben nach § 63 SGB V
- (e) Beteiligung Dritter - Kassen können für abgegebene Medikamente, für die ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen wurde, Zuzahlungen der Versicherten ermäßigen, wenn Einsparungen zu erwarten sind

Bonus-Programme sind inzwischen ein fester Bestandteil der Marketingkonzepte vieler gesetzlicher Krankenkassen geworden. Dabei haben Bonus-Regelungen genauso wie Wahl- und Zusatztarife einen Einfluss auf den Beitrag als Wettbewerbsparameter in der GKV. Wie

hoch das Preissignal eines Bonus-Programms ist und wie die Rahmenbedingungen der Regelungen aus Perspektive des Beitragswettbewerbs einzuschätzen sind, soll in der folgenden Analyse - beschränkt auf Bonus-Regelungen für die Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen und Präventionsleistungen (siehe oben unter a und b) - im Mittelpunkt des Interesses stehen.

3.3.1 Preissignale von Bonus-Regelungen

Die Angebote der Krankenkassen hinsichtlich der Bonus-Programme für die Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen und Präventionsleistungen fallen sehr vielseitig aus. Es werden sowohl Sach- als auch Geldboni verwendet. Bei Geldboni kommen eine Ermäßigung der Zuzahlungen, eine Erstattung der Praxisgebühren oder eine Beitragsermäßigung in Betracht. Dabei erreichen die Prämien im Beitragswettbewerb durchaus ein entscheidungsrelevantes Preissignal. Das gilt insbesondere in Kombinationen mit Wahlтарifen.

Beispiele:

Name: KKH-Allianz-Bonus nach § 65a in Kombination mit Selbstbehalt nach § 53

Ersparnis in €: einkommensabhängig bis zu 500 € je Mitglied p.a.

*Beitragsersparnis in % vom Arbeitnehmer-Beitrag: **bis zu 13,8 %***

Risiko: max. 80 € (bei vollem Erhalt des Gesundheitsbonus)

Name: TK - Bonusprogramm nach § 65a

Ersparnis in €: einkommensunabhängig bis zu 90 € je Versicherten ab 15 p.a.

*Beitragsersparnis einer Ein-Verdiener-Familie mit 1 Kind über 15 mit einem Ø GKV-Einkommen von 31.440 €³⁰ in % vom Arbeitnehmer-Beitrag: **bis zu 10,5 %***

Name: BKK Fahr Gesundheits-Bonus 2.0 nach § 65a

Ersparnis in €: einkommensunabhängig bis zu 260 € je Versicherten ab 18 p.a.

*Beitragsersparnis eines Ein-Verdiener-Ehepaars mit einem Ø GKV-Einkommen von 31.440 €³¹ in % vom Arbeitnehmer-Beitrag: **bis zu 20,2 %***

Name: AOK Bayern Bonustarif nach § 65a in Kombination mit Selbstbehalt nach § 53, genehmigt als Modellvorhaben nach § 63

Ersparnis in €: einkommensabhängig bis zu 300 € je Mitglied p.a.

*Beitragsersparnis in % vom Arbeitnehmer-Beitrag: **bis zu 8,3 %***

Risiko: max. 50 € (bei vollem Erhalt des Gesundheitsbonus)

Die Preissignale von Bonus-Programmen sind auch deshalb so hoch, weil Bonus-Zahlungen - anders als zum Beispiel Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattungen als Wahlтарife nach § 53 SGB V – keiner Höchstgrenze unterliegen, sofern die Aufwendungen für Bonuszahlungen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Zahlungen an die Versicherten erzielt werden, finanziert werden. Der Nachweis darüber muss mindestens alle

³⁰ 31.440 € als durchschnittliches Einkommen der in der GKV versicherten Arbeiter und Angestellten im Jahr 2008 (hochgerechnet anhand des sozioökonomischen Panels).

³¹ 31.440 € als durchschnittliches Einkommen der in der GKV versicherten Arbeiter und Angestellten im Jahr 2008 (hochgerechnet anhand des sozioökonomischen Panels).

drei Jahre gegenüber der Aufsichtsbehörde erfüllt werden.³² Dabei fehlt es aber an einem umfassenden Regelwerk. Die vom Bundesversicherungsamt geforderte Plausibilitätsdarstellung ist versicherungsmathematisch „weich“ und entsprechend manipulationsanfällig.

3.3.2 Rahmenbedingungen von Bonus-Regelungen

Fast 78 % der gesetzlichen Krankenversicherungen nutzen das Instrument der Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten als Wettbewerbsparameter.³³ Dabei sind im Jahr 2008 230 Mio. € verausgabt worden.³⁴ Für 2009 ist ein Anstieg zu erwarten.³⁵ Eine Entwicklung, die schon darauf hindeutet, dass für die gesetzlichen Kassen der Einsatz von (Geld-)Boni - gerade in Kombination mit Wahlтарifen mit Beitragsvorteil nach § 53 SGB V - durchaus zumindest ein interessanter Wettbewerbsparameter darstellen kann. Dafür sprechen insbesondere folgende drei Argumente:

(1) Werden Boni-Leistungen nach § 65a von den gesetzlichen Krankenkassen mit optional angebotenen Wahlтарifen nach § 53 verknüpft, erreichen die Krankenkassen, dass sich Versicherte mit einer Boni-Wahlтарif-Kombination für drei Jahre an die einmal gewählte Krankenkasse binden müssen (dreijährige Bindefrist), während Versicherte im „Normaltarif“ der GKV jede Änderung, zum Beispiel beim Zusatzbeitrag, dazu nutzen können, einen Kassenwechsel zu vollziehen.

(2) Werden die Bonuszahlungen nicht nach § 65a, sondern als Wahlтарif der besonderen Versorgungsform mit einer Prämie oder Zuzahlungsermäßigung nach § 53 Abs. 3 ausgestaltet oder kombiniert, lassen sich für die Kassen für jeden in ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten Risiko-Zuschläge und Verwaltungskostenpauschalen aus dem Gesundheitsfonds generieren. Dem Versicherten wird diese Teilnahme - eventuell neben einer Teilnahme an einem herkömmlichen Bonus-Programm – mit in der Regel 40 bis 100 € zusätzlich entlohnt.³⁶

(3) Mit dem Instrument der Boni lassen sich gezielter und direkter Menschen ansprechen als mit einer mitgliederübergreifenden und undifferenzierten Prämienrückerstattung. Denn die Prämienrückerstattung als positiven Zusatzbeitrag würde insbesondere auch an diejenigen Bestandsmitglieder ausgezahlt, die weniger sensibel auf die Beitragshöhe einer Krankenkasse reagieren.

3.3.3 Gesamtbewertung

Boni, Prämien oder Zuzahlungsermäßigungen gewinnen angesichts des Einheitsbeitrages in der GKV seit dem 1.1.2009 an Bedeutung. Sie stellen für die Kassen in der GKV durchaus einen Beitragsparameter mit Potential dar. Das Potential bleibt allerdings bei Boni für die Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen und Präventionsleistungen aus zwei Gründen beschränkt: Zum einen sind die vielen Boni-Programme für den Verbraucher komplex, wenig

³² Vgl. § 65a SGB V.

³³ Vgl. GKV-Monitoring (2009), danach verwenden 127 von 161 gesetzlichen Krankenkassen mit über 10.000 Versicherten zum 1.7.2009 das Instrument der Boni im Fall für Früherkennung und Prävention.

³⁴ Vgl. BMG (2009), KJ1 für 2008.

³⁵ Vgl. dazu BMG (2009), KV45.

³⁶ In der Regel entspricht dieser Betrag der Erlassung der Praxisgebühr und/oder der Auszahlung einer Prämie.

transparent und mit einem relativ hohen Zeitaufwand verbunden. Hinzu kommt die häufig nicht zu leugnende Bequemlichkeit, alle in den Boni-Programmen geforderten Nachweise zu gesundheitsbewussten Verhaltensweisen zu erbringen. Geschieht das nur partiell, sinken der Bonus und damit der Beitragsanreiz entsprechend. Letztendlich geht damit von jedem Bonus für die Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen und Präventionsleistungen ein überzeugendes, aber dennoch kompliziertes Preissignal aus.

Zum anderen müssen sich die gesetzlichen Krankenkassen wirtschaftlich verhalten. Die Boni als Beitragsanreiz für die Versicherten dürfen nicht zu hoch ausfallen, ansonsten wird es selbst in relativ formlosen Plausibilitätsdarstellungen gegenüber dem Bundesversicherungsamt schwierig nachzuweisen sein, dass die Aufwendungen für Bonuszahlungen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Aber auch wenn das stets gelingen sollte, werden die Möglichkeiten der Boni als Beitragsparameter beschränkt bleiben. Gelingt es nämlich nicht, durch Boni mittelfristig Einsparungen zu generieren, müssen die Ausgaben von allen Mitgliedern der Kasse getragen beziehungsweise subventioniert werden. Es droht ein Zusatzbeitrag beziehungsweise die Erhöhung des Zusatzbeitrages. Dieser würde bei den Teilnehmern der Bonus-Programme den Bonus konterkarieren und bei allen anderen Mitgliedern die Wettbewerbssituation der Krankenkasse im Beitragswettbewerb gegenüber andern Kassen entsprechend beeinträchtigen.

4. Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung in der GKV

4.1 Leistungskatalog

Seit Einführung des Gesundheitsfonds und des allgemeinen Beitragssatzes für die GKV zu Beginn des Jahres 2009 wetteifern die Krankenkassen nicht mehr um den niedrigsten Preis, sondern um die attraktivsten Leistungen. Das zumindest ist eine häufig zu hörende Meinung, die insbesondere von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Schmidt vertreten worden ist. Dieser Logik entsprechend hat das damalige Gesundheitsministerium gemeinsam mit der Stiftung Warentest und den Verbraucherschutzzentralen eine Kampagne für mehr Leistungswettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen gestartet. Ziel der Kampagne war es, die Versicherten für diesen Wettbewerb zu sensibilisieren.

Die von vielen Seiten „gelobte“ Existenz rund um die „neue“ Intensität des Leistungswettbewerbs innerhalb der GKV nach Start des GKV-WSG stellt zunächst einmal eine These dar, sie gilt es im Folgenden zu überprüfen. Dabei soll als Kriterium das Leistungssignal - die Produkt- oder Leistungs-differenzierung - sowohl

- (a) im Leistungskatalog als auch
- (b) außerhalb des Leistungskatalogs

zur Bewertung der Qualität und Intensität der Leistungs-differenzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden.

4.1.1 Leistungsdifferenzierungen im Leistungskatalog

(a) Ausweitung des allgemeinen Leistungskatalogs durch das GKV-WSG

Den gesetzlichen Kassen ist der Leistungskatalog weitestgehend gesetzlich vorgeschrieben. Der Leistungskatalog ist für die Kassen in §§ 11 bis 68 SGB V fast vollständig normiert. Entsprechend sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem sehr großen Teil im Risikostrukturausgleich ausgleichsfähig.

Ausgleichsfähige Leistungen in der GKV (2005-2008)				
	2005	2006	2007	2008
Ausgleichsfähige Leistungen in Mrd. €	129,2 Mrd. €	132,8 Mrd. €	139,3 Mrd. €	146,5 Mrd. €
Ausgleichsfähige Leistungen als Anteil an den Leistungsausgaben*	97,2 %	97,2 %	97,9 %	98,4%
<i>* Die ausgleichsfähigen Leistungen lassen sich aus der KJI des Bundesministerium für Gesundheit entnehmen. Der Anteil der ausgleichsfähigen Leistungen an den Leistungsausgaben wird näherungsweise als Anteil der ausgleichsfähigen Leistungen an den Leistungsausgaben (außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenkassen) ohne Nettoverwaltungs-kosten und ohne sonstige Aufwendungen gebildet.</i>				

Der Anteil der ausgleichsfähigen, und damit mehr oder weniger normierten Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den letzten Jahren von 97,2 % auf 97,4 bzw. 98,4 % im Jahr 2008 angestiegen. Damit ist die Vereinheitlichung der GKV auf der Leistungsseite vorangeschritten. Die Möglichkeiten der Kassen zur Leistungsdifferenzierung im Wettbewerb sind damit also nicht gestiegen, sondern ausdrücklich gesunken. In den Zahlen bestätigt sich somit eine Entwicklung, die einem Willen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes entspricht. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind nämlich zum 1.4.2007 einige der bis dahin freiwilligen Ermessungsleistungen zu Pflichtleistungen umgewandelt worden. Diese sind nun Bestandteil des gesetzlichen Regelleistungskatalogs. Dazu zählen:

- (a) Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zur Pflichtleistung (§§ 24, 41)
- (b) Empfohlene Schutzimpfungen werden zur Pflichtleistung (§ 20d)
- (c) Geriatriische Rehabilitationsleistungen und sämtliche medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 werden zur Pflichtleistung
- (d) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird Pflichtleistung (§ 37b)
- (e) Betriebliche Gesundheitsförderung wird zur Pflichtleistung (§ 20 a)

Darüber hinaus sind mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die vormals satzungsmäßig möglichen Regelungen mit vorherigem Ermessensspielraum zur Ausgestaltung des Krankengeldes bei freiwillig Versicherten (§ 44 SGB V) und weiteren speziellen Versichertengruppen

(§ 46, u.a. Künstlersozialkasse) weggefallen. Der Handlungsspielraum der gesetzlichen Kassen ist damit auf den für alle Kassen obligatorischen Wahltarif Krankengeld (§ 53 Abs. 6) zentriert worden.

(b) Abnehmende Bedeutung von Satzungsleistungen

Ausnahmen vom normierten, allgemeinen Leistungskatalog bilden unter anderem die Mehrleistungen oder Ermessens- beziehungsweise Satzungsleistungen. Diese Leistungen sind vom SGB V als sogenannte *Kann-Leistung* den Krankenkassen vorgegeben oder verpflichtend durch die Satzung der Krankenkassen festzulegen.

Die Satzungsleistungen können von Krankenkassen in Grenzen selbst gestaltet werden. Damit haben Kassen die Möglichkeit, auf der Leistungsseite gezielt auf Wünsche und [Bedürfnisse](#) ihrer Versicherten einzugehen, um sich gegenüber anderen [Kassen](#) abzugrenzen. Alle Satzungsleistungen beziehen sich fast ausschließlich auf das Feld eng begrenzter Randbereiche der medizinischen Versorgung.

Zu den Satzungsleistungen gehören:

- **§ 20 Absatz 1, Satz 1:** Leistungen zur Primärprävention, die aber den gesetzlichen Anforderungen entsprechen müssen
- **§ 20d Absatz 2:** Impfleistungen, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) festgelegten Impfungen hinausgehen
- **§ 23 Absatz 2 und 4:** Gewährung ambulanter und stationärer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und Vorsorgeeinrichtungen. Zahlung eines Zuschusses in einer Höhe von bis zu 13 Euro beziehungsweise für chronisch kranke Kleinkinder bis zu 21 €
- **§ 37 Absatz 2:** Zusätzlich zur häuslichen Behandlungspflege nach Satz 1 mögliche Gewährung und Festlegung der Dauer und des Umfangs von Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung
- **§ 38 Absatz 2:** Bezahlung einer Haushaltshilfe auch in anderen Fällen als in Satz 1 genannten (d. h. Kinder < 12 Jahre oder Behinderte im Haushalt zu versorgen)
- **§ 39a Absatz 1:** Höhe des Zuschusses zur palliativ-medizinischen Versorgung (unter Berücksichtigung der vorgegebenen Mindest- und Höchstgrenzen)
- **§ 46:** Zeitpunkt des Entstehens des Krankengeldanspruchs bei Versicherten der Künstlersozialkasse (vor 3. Woche)
- **§ 47 Absatz 3:** Zahlungs- und Berechnungsmethoden des Krankengeldes bei Personen mit nicht kontinuierlicher Beschäftigung/Vergütung
- **§ 68:** Gewährung finanzieller Unterstützung bei Leistungen Dritter zur persönlichen elektronischen Gesundheitsakte an die Versicherten

Das Volumen der Satzungsleistungen lässt sich näherungsweise berechnen. 2008 machten sie 2,27 Mrd. € oder 1,5 % der gesamten Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung aus.³⁷ Ein Ausgabenvolumen, das seit Inkrafttreten des GKV-WSG nicht unerheblich geschrumpft ist. Spiegelbildlich zu den Ergebnissen in (a) zeigen sich damit die vereinheitlichenden Tendenzen der letzten Gesundheitsreform. Seit 2006 ist das Volumen der Satzungsleistungen um 1,3 %-Punkte geschrumpft. Die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen zur Leistungsdifferenzierung im Wettbewerb sind damit erheblich gesunken. Zwar ist Leistungsdifferenzierung existent, sie wird aber angesichts eines eingegrenzten und speziellen Leistungsspektrums stets vom Umfang her eine Nische bleiben. Das gilt insbesondere dann, wenn gesetzliche Kassen, die mit den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln nicht auskommen, eine strategische Entscheidung treffen müssen: Entweder sie erheben einen Zusatzbeitrag oder sie kürzen bei den freiwilligen Mehr- und Satzungsleistungen.³⁸

Satzungsleistungen* in der GKV (2005-2008)				
	2005	2006	2007	2008
Satzungsleistungen in Mrd. €	3,65 Mrd. €	3,85 Mrd. €	3,06 Mrd. €	2,27 Mrd. €
Satzungsleistungen als Anteil an den Leistungsausgaben	2,8 %	2,8 %	2,1 %	1,5 %
* Die Satzungsleistungen lassen sich näherungsweise aus der KJ1 des BMG berechnen. Hierzu wird die Differenz zwischen den Leistungsausgaben (außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenkassen) ohne Nettoverwaltungskosten und ohne sonstige Aufwendungen und den im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gebildet.				

(c) Abnehmende Bedeutung von Modellvorhaben

Teil der Satzungsleistungen sind auch die sogenannten Modellvorhaben nach § 63 SGB V. Sie lassen sich theoretisch ebenfalls als Leistungsparameter im Wettbewerb nutzen. Denn abweichend vom vorgeschriebenen Leistungskatalog der GKV können Kassen Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung, die keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder vereinbaren. Gegenstand dieser Modellvorhaben nach § 63 SGB V können nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Für Modellvorhaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Jahr 2008 insgesamt 112,1 Mio. € verausgabt worden.³⁹

³⁷ Die Satzungsleistungen lassen sich näherungsweise aus der KJ1 des BMG berechnen. Hierzu wird die Differenz zwischen den Leistungsausgaben (außerhalb der landwirtschaftlichen Krankenkassen) ohne Nettoverwaltungskosten und ohne sonstige Aufwendungen und den im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gebildet.

³⁸ In der Presse ist häufig von einer Entscheidung zwischen „Pest und Cholera“ gesprochen worden.

³⁹ Vgl. die Statistik KJ1 des Bundesministeriums für Gesundheit (2007).

Modellvorhaben nach § 63 SGB V (2005-2008)				
	2005	2006	2007	2008
Ausgaben für Modellvorhaben in Mio. €	365,5 Mio. €	408,1 Mio. €	131,2 Mio. €	112,1 Mio. €
Modellvorhaben als Anteil an den Satzungsleistungen	10,0 %	10,6 %	4,3 %	4,9 %

Das Bild bei den Modellvorhaben entspricht in der Tendenz den Bildern bei den Satzungsleistungen beziehungsweise dem beim allgemeinen Leistungskatalog. Mit dem Schrumpfen der frei gestaltbaren Satzungsleistungen ging ein überproportionales Schrumpfen der Ausgaben für Modellvorhaben einher. Auch hier hat sich der Gestaltungsspielraum der gesetzlichen Krankenkassen zur Leistungsdifferenzierung mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeschränkt.

4.1.2 Leistungsdifferenzierungen außerhalb des Leistungskatalogs

(a) Zusatzleistungen innerhalb der Wahltarife

Nicht als Leistungsdifferenzierung innerhalb, sondern außerhalb des Leistungskataloges, sind Zusatzleistungen gegen spezielle Prämienzahlungen innerhalb der Wahltarife in der GKV (eingeschränkt nach § 53 SGB V) zu betrachten. Diese Zusatzleistungen stellen seit der Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes eine neue Möglichkeit der gesetzlichen Kassen dar, sich auf der Leistungsseite und damit einhergehend auch auf der Beitragsseite vom Wettbewerber zu unterscheiden. Deshalb lassen sich die Ausführungen zum Beitragseinfluss der Wahltarife in Abschnitt 3.2 partiell auf die Leistungsseite übertragen. Sie gelten entsprechend.

Zusatz- oder Wahlleistungen in der GKV sind politisch umstritten. Ausdrücklich in § 53 SGB V als Zusatzleistung gegen Prämienzahlung in der gesetzlichen Krankenversicherung erwähnt ist die Zuwahl von besonderen Arzneimitteln. Dabei geht es insbesondere um Arzneien für besondere Therapieformen, unter anderem Homöopathie. Zu einer darüber hinausgehenden Ausweitung der Zusatzleistungen führten Leistungen, deren Angebot in § 53 SGB V nicht ausdrücklich erwähnt, aber nach Interpretation der Aufsicht trotzdem gesetzlich legitimiert ist. Auslöser dieser Legitimation war ein Schreiben aus dem Bundesgesundheitsministerium, das die Rechtmäßigkeit von GKV-Wahltarifen mit Kostenerstattung von Chefarztbehandlung und Ein-/Zweibettzimmern - ein originäres Zusatzversicherungsprodukt allein der PKV - bestätigt hat. Das Bundesversicherungsamt (BVA)⁴⁰ und eine Landesaufsicht hatten solche und andere Tarife (u.a. Auslandskrankenversicherung, Zahnersatz) einer gesetzlichen Krankenkasse zuvor als unbedenklich eingestuft.

⁴⁰ Das Bundesversicherungsamt hat diese Tarife als unbedenklich eingestuft, gleichwohl noch keinen genehmigt.

Bisher machen viele großen Krankenkassen, insgesamt 24 gesetzliche Kassen (Stand: 31.12.2008)⁴¹ vom Angebot der Zusatzversicherungen gegen Prämie Gebrauch. Allerdings haben wohl bisher nur wenige Versicherte eine derartige Zusatzleistung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gewählt. Das zumindest zeigen auch die schon in Abschnitt 3.2 kurz skizzierten Teilnehmerzahlen, die sich für Wahl- und/oder Zusatztarife entschieden haben.

(b) Service als Qualitäts- und Leistungsparameter

Der Service als Leistungs- und Qualitätsparameter hat - soweit dieser sich auf den Service in den Krankenkassen selbst bezieht - originär mit dem in Sachleistung angebotenen medizinischen Leistungskatalog einer Krankenkasse nichts zu tun. Vielmehr geht es insbesondere um Leistungskriterien wie Qualität der Beratung, Kundenservice, Bearbeitungsgeschwindigkeit oder um die Geschäftsstellendichte einer gesetzlichen Krankenkasse. Gerade die Geschäftsstellendichte kann nicht nur für ältere Menschen ein durchaus relevantes Kriterium für die Entscheidung zu Gunsten einer bestimmten Krankenkasse darstellen. Viele Krankenkassen - so zum Beispiel die Ortskrankenkassen (AOK) - haben sich darauf eingestellt. Sie wirbt unter anderem in Rheinland-Pfalz mit dem dichtesten Geschäftsstellennetz aller Krankenkassen im Bundesland, mit Beratung am Wohnort, zu Hause sowohl abends als auch am Wochenende.⁴² Ähnliches gilt für eine qualifizierte ärztliche Hotline-Beratung,⁴³ die gerade von Menschen, die als mündige und informierte Patienten auf eine ärztliche (Zweit-)Beratung Wert legen, genutzt und damit als Leistungsmerkmal einer gesetzlichen Krankenkasse wahrgenommen wird.

Servicemerkmale sind Kriterien für die Wahl einer Krankenkasse - und zwar nach Motivlage der Versicherten eine nicht unbedeutende. Das zeigen verschiedene Erhebungen aus dem Jahr 2009.⁴⁴ Nach diesen Erhebungen sind diese Merkmale nicht die wichtigsten, liegen aber in unterschiedlichen Ausprägungen allesamt im Mittelfeld bzw. können durchaus kompensatorische Bedeutung haben.

Motive für einen Wechsel der Krankenkasse (Terraconsult 2009)	
Einschränkung Leistungsangebot	61 %
Zusatzbeitrag	59 %
Lange Bearbeitungszeiten	48 %
Mangel an Fachkenntnis der Mitarbeiter	43 %
Schlechte Erreichbarkeit	39 %
Einsparungen im Kundenservice	37 %
Informationsmangel	25 %
Image der Krankenkasse	23 %
Geschäftsstellennähe	22 %

⁴¹ GKV-Monitoring des PKV-Verbandes.

⁴² Vgl. <http://www.aok.de/rlpf/rd/14012.htm>.

⁴³ Als Beispiel sei die Ärzte-Hotline der Techniker Krankenkasse genannt.

⁴⁴ Vgl. Terraconsult 2009.

4.1.3 Gesamtbewertung

Der allgemeine Leistungskatalog der GKV hat sich zunehmend vereinheitlicht, die Spielräume für Leistungs- und Produktdifferenzierungen sind ohne Zweifel gesunken. Das ist nicht zuletzt ein Ergebnis des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, das den allgemeinen, standardisierten Leistungskatalog ausgeweitet und die Satzungsleistungen eingeschränkt hat. Inwieweit diese Entwicklung von Produktdifferenzierungen außerhalb des allgemeinen Leistungskatalogs - unter anderem den Zusatzleistungen innerhalb der Wahltarife - langfristig kompensiert werden kann, gilt abzuwarten, bleibt aber angesichts der Kalkulationsprinzipien und Beitragsgestaltung beziehungsweise angesichts der bisherigen Versichertenzahlen in den angebotenen Wahltarifen gegen Zusatzprämien, eher skeptisch zu beurteilen.

Dazu kommt, dass die Vereinheitlichung der GKV mit der Ausweitung des standardisierten Leistungskatalogs nicht nur auf der Leistungsseite, sondern auch bei der Vergütung dieser Leistungen vorangeschritten ist. Das geht unter anderem aus der Zielsetzung der Neuordnung der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung zum 1.1.2009 hervor. Diese sieht vor, dass - so unter anderem die Sicht der für das GKV-WSG verantwortlichen Bundesregierung - die finanziellen Lasten zwischen den Krankenkassen leistungsgerechter aufgeteilt werden. Das heißt: Die Effektivität des alten Vergütungssystems ist insofern kritisiert worden, dass es beim Krankenkassenwechsel zwischen Kassen mit unterschiedlichen Kopfpauschalen zur Veränderung der Gesamtvergütung gekommen ist, obwohl sich an der Zahl und dem Versorgungsbedarf der Versicherten nichts geändert hat. Mittels der Vergütungsreform zahlen von nun an in einer Region alle Krankenkassen den gleichen Preis pro Leistung (Punktwert). Die Punktwerte werden also kassenartenübergreifend vereinbart, um eine vermeintliche Gleichbehandlung der Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung herbeizuführen. Eine Gleichbehandlung der Krankenkassen, die aber eine Kehrseite hat. Die Vereinheitlichung der vertragsärztlichen Vergütung für den allgemeinen Leistungskatalog nimmt zu. Den gesetzlichen Krankenkassen wird auf der Leistungsseite im großen Ausmaß die Möglichkeit genommen, sich bei der Leistungsvergütung von anderen Kassen zu unterscheiden.

4.2 Selektive Verträge

Als selektive Verträge werden Vereinbarungen zwischen den Kassen und den Leistungserbringern betrachtet, die abweichend vom Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen worden sind. Selektive Verträge beziehen sich auf den Regelleistungskatalog. Letztendlich geht es damit um eine Leistungsdifferenzierung innerhalb des Leistungskatalogs. Weil selektive Verträge allerdings inzwischen von großer Bedeutung sind, sollen sie hier gesondert betrachtet werden.

Bis zum Jahr 2004 war die Art und Weise, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Leistungsanspruch erfüllt wird, weitestgehend nur in kollektiven Verträgen zwischen den Verbänden der gesetzlichen Kassen und den Verbänden der organisierten Leistungserbringer festgelegt. Dieses Kollektivsystem besteht in großen Teilen bis heute. Die Möglichkeiten zur Differenzierung der Versorgung sind allerdings in kollektiven Verträgen begrenzt. Durch den fortlaufenden medizinisch-technischen Fortschritt, der Spezialisierung

der medizinischen Behandlung und dem permanenten Wirtschaftlichkeitsdruck, der über die Begrenzung des Einsatzes von finanziellen Ressourcen in der GKV entsteht, hat sich deshalb ein Trend zur Differenzierung der Versorgungsangebote entwickelt. Seit 2000 dürfen die gesetzlichen Krankenkassen mehr oder weniger in der ambulanten Versorgung auch abweichend vom Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen in selektiven Verträgen (für ihre Versicherten) unterschiedliche Versorgungs-, Leistungs- und Qualitätsmerkmale vereinbaren. Für die Krankenkassen ist ein neues Feld – der selektive Vertragswettbewerb - entstanden. Der Vertragswettbewerb hat im ambulanten Sektor mit Start des GKV-Modernisierungsgesetzes begonnen und ist mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sowie dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) fortgesetzt worden.

Die Ausweitung der Möglichkeiten zum Abschluss von selektiven Verträgen gerade nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist per se noch kein Hinweis darauf, dass der Leistungswettbewerb durch ein zugenommenes Vertragsgeschehen gestärkt worden ist. Genau das wird aber häufig suggeriert, wenn davon gesprochen wird, dass der Vertragswettbewerb ein „guter“ Wettbewerb für „schlechte“ Risiken sei, der den „schlechten“ Beitragswettbewerb um „gute“ Risiken ablöst. Diese These gilt es zu überprüfen. Dazu werden die Motive der gesetzlichen Krankenkassen im Vertragswettbewerb beleuchtet und hinterfragt. Zuvor allerdings soll eine Systematisierung der selektiven Vertragsformen vorgenommen werden.

Überblick über die Geschichte der selektiven Verträge:

Vorhut der Entwicklung waren die 1990 eingeführten Regelungen zu den Modellvorhaben, die Krankenkassen oder ihre Verbände mit Leistungserbringern einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund konkretisierender satzungsrechtlicher Vorgaben vereinbaren konnten (§ 63 ff.). Die Modellvorhaben spielten insbesondere bei der Differenzierung der Versorgungsangebote bei Akupunkturleistungen in der Praxis eine erhebliche Rolle.

Der Ansatz der Modellvorhaben wurde im Jahr 2000 erweitert mit der Einführung der integrierten Versorgung. Die gesetzlichen Kassen erhielten die Möglichkeit, Verträge über eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung oder eine interdisziplinäre Versorgung mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern zu schließen. Näheres zu dieser Versorgung sollte jedoch als Rahmenvereinbarungen der kollektiven Akteure auf der Bundesebene vereinbart werden (§§ 140a ff SGB V – alt). Die Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene kamen nie zustande. Zunächst wurden kaum Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen.

In dem ab 2004 geltenden GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung verbessert. Die kollektiven Rahmenverträge wurden gestrichen, die Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Vertragssystem ausgeschlossen und die befristete Anschubfinanzierung auf den Weg gebracht (§ 140d).

Die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung für hoch spezialisierte Leistungen (§ 116 b) war im GKV-Modernisierungsgesetz ebenfalls als mögliche selektive Vertragsregelung der einzelnen Krankenkassen ausgestaltet worden. Diese Vertragsform konnte aber wegen der fehlenden Kompatibilität der vertragsärztlichen mit der stationären Vergütung so gut wie keine praktische Relevanz erlangen.

Eine starke Erweiterung der selektiven Vertragsmöglichkeiten vollzog sich dann mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Hervorzuheben ist dabei die Öffnung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung für diese selektiven Versorgungsverträge. Die einzelnen Kassen und die Vertragsärzte erhalten die Möglichkeit, einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung bis hin zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, in selektiven Verträgen für ihre Versicherten zu regeln. Insofern ist die Möglichkeit eröffnet, in der ambulanten Versorgung das gesamte kollektive Versorgungssystem durch ein selektives Versorgungssystem zu ersetzen (§ 73 c SGB V).

In der Arzneimittelversorgung bieten Neuregelungen den Akteuren die Möglichkeit, die Versorgung im weiten Umfang durch Verträge zu gestalten. Schon vorher konnten Kassen oder ihre Verbände Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen (§ 130 a Absatz 8 SGB V). Seit dem GKV-WSG sind Apotheken bei wirkstoffgleichen Arzneimittel zur Abgabe des Arzneimittels verpflichtet, für das die Kasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat (§ 129 Abs. 1 SGB V). Durch diese gesetzliche Verbindung kann im Generika-Bereich die gesamte Versorgung durch selektive Vertragsformen bestimmt werden.

4.2.1 Systematisierungen der Vertragsformen

Die Vielzahl von Möglichkeiten, heute selektive Verträge abzuschließen, macht eine Systematisierung der Vertragsformen sinnvoll. Zur Systematisierung der Vertragsformen auf der einen und zur Bewertung des Selektivwettbewerbs auf der anderen Seite sollen im Folgenden insbesondere die Merkmale „Vertragsebene“, „Vertragspartner“ und „Eingang ins Gesetz“ genutzt werden. Ersteres beschreibt die mögliche Vertragsebene der Vertragspartner auf Seiten der Kassen (Bundesebene; Landesebene; Kassenebene). Letzteres zeigt auf, wann die jeweiligen Vertragsmöglichkeiten ins Gesetz gekommen sind beziehungsweise, ob diese nach dem GKV-WSG erweitert oder verändert worden sind. Die Möglichkeiten zum Selektivwettbewerb werden im Folgenden in Kurzform tabellarisch aufgeführt. In Anlage B findet sich darüber hinaus eine Detailbeschreibung. In der sind insbesondere die möglichen Vertragspartner der GKV auf Seiten der Leistungserbringer aufgeführt.

<i>Selektive Verträge im Sozialgesetzbuch (SGB V)</i>		
Vertragsebene	Vertragsform	Eingang ins Gesetz
ohne Angabe	▪ Disease-Management-Programme (§ 137f)	seit der GKV-Reform 2000
Landesebene (Verband)	▪ Strukturverträge (§ 73a)	Erweiterung mit GKV-WSG
Kassenebene (ohne Verband) Zusammenschlüsse sind in der Regel erlaubt	▪ Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b)	Änderung im GKV-WSG-Organ
	▪ Besondere ambulante ärztliche Vergütung (§ 73c)	seit GKV-WSG
	▪ Integrierte Versorgungsformen (§ 140a ff)	seit der GKV-Reform 2000
	▪ Versorgung mit ambulanter Palliativversorgung (§ 132d)	seit GKV-WSG
	▪ Versorgung mit Haushaltshilfen (§ 132)	vor GKV-WSG
	▪ Versorgung häusliche Krankenpflege (§ 132a Abs. 2)	vor GKV-WSG
	▪ Vergütung von Einrichtungen (§ 111 Abs. 5/§ 111a Abs.1)	vor GKV-WSG

<i>Vertragsebene</i>	<i>Vertragsform</i>	<i>Eingang ins Gesetz</i>
Kassenebene + Verbandsebene (Bund und Land) Zusammen- schlüsse sind in der Regel erlaubt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heilmittelverträge (§ 125 Abs. 2) ▪ Hilfsmittelverträge (§ 127) ▪ Ergänzender Rahmenvertrag Arzneimittelversorgung (§ 129 Abs. 5) ▪ Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e) 	<ul style="list-style-type: none"> seit GKV-WSG seit GKV-WSG in dieser Form seit GKV-WSG seit GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung durch die KVen (§ 136 Abs. 4) 	<ul style="list-style-type: none"> Wirkung zum 1.1.2009 auf Basis GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modellvorhaben (§§ 63 ff) ▪ Versorgung durch Krankenhausapotheken (§ 129a) 	<ul style="list-style-type: none"> vor GKV-WSG (seit 1990) vor GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittel-Rabattverträge (§ 130a Abs. 8) 	<ul style="list-style-type: none"> seit GMG + Klarstellung im GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung mit Soziotherapie (§ 132b) 	<ul style="list-style-type: none"> vor GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§132c) 	<ul style="list-style-type: none"> vor GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung Krankentransportleistungen (§ 133) 	<ul style="list-style-type: none"> Änderung im GKV-WSG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei DMP (§ 116b Abs. 1) 	<ul style="list-style-type: none"> vor GKV-WSG

4.2.2 Bedeutung der Verträge

Die Möglichkeiten für selektive Leistungs- und Versorgungsverträge sind - wie in der Übersicht zusammengefasst - vielseitig. Sie sind auf den unterschiedlichsten Ebenen zwischen den unterschiedlichsten Vertragspartnern möglich. Doch trotz des Trends der Gesetzgebung, mittels individueller Vertragsformen mehr Wettbewerbssteuerung einzuführen, ist es offensichtlich, dass die Umsetzung den Erwartungen gerade bei den neuen Versorgungsformen (noch) nicht folgen kann.

Exemplarisch lässt sich dies bei den neuen Versorgungsformen aufzeigen. Bei der integrierten Versorgung sind Ende 2008 fast 6.407 selektive Verträge mit einer Teilnehmerzahl von über 4 Mio. teilnehmenden Versicherten und einem Vergütungsvolumen von 811 Mio. € geschlos-

sen worden.⁴⁵ Im Vergleich zum Finanzvolumen des gesamten Leistungsbudgets (2008: 151 Mrd. €) ist dies aber weiterhin gering. Das Volumen entspricht lediglich 0,5 %. Zudem handelt es sich häufig um Insellösungen. Verträge mit einer bedeutsamen Reichweite sind bisher bei der integrierten Versorgung noch nicht geschlossen worden. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) sind rund 2,7 Millionen chronisch Kranke eingeschrieben. Das dürfte allerdings weniger mit einer ursprünglich vorgesehenen Wettbewerbssteuerung, sondern vielmehr mit der derzeitigen Kombination der Behandlungsprogramme mit Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich (Morbi-Risikostrukturausgleich) verbunden sein.

Beispiele für neue Versorgungsformen in der GKV

Versorgungsform	Angebot	Anreize	Bedeutung
Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V	auch verpflichtend als Wahltarif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prämienzahlung ■ Zuzahlungsermäßigung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2004: 342 Verträge ■ 2008: 6.407 Verträge
Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V	verpflichtend als Wahltarif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prämienzahlung ■ Zuzahlungsermäßigung 	?
Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V	auch verpflichtend als Wahltarif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prämienzahlung ■ Zuzahlungsermäßigung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2004: 3.026 DMP ■ 2008: 18.130 DMP

> 4 Mio. Versicherte

Selektive Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung werden trotz der Pflicht zum Angebot eines entsprechenden Wahltarifs (noch) selten abgeschlossen. Hier ist die Situation von einem ausstehenden Schiedsverfahren bzw. von einer Wettbewerbsbeschränkung qua Gesetz geprägt. Diese ist mit dem GKV-WSG-Org dergestalt verschärft worden, dass auf Seiten der Leistungserbringer ein Monopolist eingeführt worden ist, mit dem Kontrahierungszwang besteht. Letztendlich ist das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Willen des Gesetzgebers durch ein anderes Monopol (Hausärzterverband) ersetzt worden (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V). Ein Widerspruch zur vermeintlichen Philosophie des Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Bereich des selektiven Vertragswettbewerbs.

⁴⁵ Vgl. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008, Stichtag Ende 2008.

Box: *Selektives Vertragsrecht im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB V)*

Auch im alten § 73b Abs. 4 hatten die Krankenkassen Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Allerdings gab es im Vergleich zu heute eine deutlich größere Anzahl an Vertragspartnern, unter anderem auch die Kassenärztliche Vereinigung oder Gemeinschaften von Leistungserbringern. Zudem gab es keinen Anspruch auf Vertragsabschluss. In der Neuregelung durch das GKV-Organisationsgesetz ist im Gegensatz dazu Folgendes eingeführt worden:

- 1. Fenster bis zum Vertragsabschluss (30.06.2009)*
- 2. Verträge müssen nun explizit mit Gemeinschaften geschlossen werden, die mindestens die Hälfte an der Hausarztversorgung teilnehmenden Allgemeinärzte (nur Allgemeinärzte, nicht auch Internisten!) des Bezirks der KVen vertreten (= Hausärzterverband)*
- 3. Einleitung eines Schiedsverfahrens bei Nichteinigung (= Einführung eines Vertragszwangs)*
- 4. Die bisherigen im Gesetz (GKV-WVG) genannten anderen Vertragsparteien dürfen nur weitergehende Verträge abschließen a) für Kinder/Jugendliche, b) wenn bereits ein nach o. g. Kriterien geschlossener Vertrag existiert, c) wenn o. g. Kriterien ausnahmsweise nicht zutreffen sollten. Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht dann allerdings nicht.*

Die Arzneimittelversorgung dagegen ist von zahlreichen selektiven Verträgen geprägt. Arzneimittel-Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 haben eine große Bedeutung gewonnen. Im März 2009 bestanden 7.205 Rabattverträge, an denen 201 Kassen und 128 pharmazeutische Unternehmen beteiligt waren.⁴⁶ Allein im September 2009 gaben die Apotheken im generikafähigen GKV-Markt 23,4 Millionen Packungen Arzneimittel ab, über die ein Rabattvertrag bestand. Damit erreichte die Rabattquote in diesem Marktsegment 69,4 %. Im Vorjahr lag die Quote noch bei 52 %. Der Absatz im GKV-Gesamtmarkt belief sich auf 54,2 Millionen Packungen. Der Anteil "rabattbegünstigter" Arzneimittel lag im September 2009 mithin bei 43,1 %.⁴⁷

4.2.3 Vertragsstrategien

Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich am Vertragswettbewerb auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Sie verfolgen dabei auch und unter anderem unterschiedliche Vertragsstrategien. Im Grundsatz lassen sich für alle selektiven Vertragsformen zwei strategische Wettbewerbsansätze identifizieren:

(1) „Wahrnehmbare“ Service- und Leistungsstrategie: Um hohe Attraktivität für Versicherte und Patienten auszustrahlen, müssen den Patienten hohe wahrnehmbare Service- und Komfortmerkmale (Wohlfühlleistungen), wie zum Beispiel schnelle Terminvergabe und kurze Wartezeiten, geboten und/oder das Absenken oder das Erlassen von in der gesetzlichen Krankenversicherung sonst anfallenden Zuzahlungen (z.B. Praxisgebühr) in Aussicht gestellt werden. Als Beispiel kann die Vereinbarung der Techniker Krankenkasse (TK) mit den Medizinischen Versorgungszentren ATRIO|MED genannt werden. Nach dieser Vereinbarung

⁴⁶ Vgl. progenerika (2009).

⁴⁷ Vgl. dazu die Zahlen des Marktforschungsinstitutes INSIGHT Health.

profitieren (ausschließlich) die Versicherten und Patienten der Techniker Krankenkasse bei ATRIO|MED von sehr hohen Komfortmerkmalen.⁴⁸ Dazu schreiben sich die Versicherten der TK (beim Erstbesuch) in einen Vertrag der Integrierten Versorgung ein, den die Techniker Krankenkasse mit dem Betreiber von ATRIO|MED geschlossen hat. Nach § 140a SGB V ist ein Vertrag der Integrierten Versorgung unter anderem möglich, wenn eine *"interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung"* stattfindet. Das ist bei ATRIO|MED der Fall.

(2) Rationalisierungs- und Rationierungsstrategie: Die Rationalisierungs- oder Rationierungsstrategie ist im Idealfall für die Versicherten nicht wahrnehmbar. Um die Kosten einer Krankenkasse trotz fest stehendem gesetzlichem Leistungskatalog zu senken und die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, müssen die „Einkaufspreise“ der zu Lasten der Krankenkasse abgegebenen Arznei- und Hilfsmittel gesenkt werden und/oder die Versicherten im Rahmen von neuen Versorgungsformen dazu bewegt werden, mehr oder weniger - nämlich unmerklich - auf bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (unter anderem die uneingeschränkte freie Arzt- und Facharztwahl oder den Anspruch auf einen Arzt mit vollständiger ärztlicher Therapiefreiheit) zu verzichten. Als Beispiel kann der Hausarztvertrag der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Baden-Württemberg genannt werden. In diesem Vertrag ist im Pharmamodul namens „rationale Pharmakotherapie“ eine Arzneimittelbehandlung vorgesehen, die effektiv, angemessen, sicher und wirtschaftlich zu sein hat. Um eine derartige Behandlung der Patienten durch den Arzt sicherzustellen, wird in diesem Modul sehr genau beschrieben, unter welchen Verordnungsbedingungen die Hausärzte zu welchem Zeitpunkt welchen (finanziellen) Zuschlag bekommen.

⁴⁸ Die Techniker Krankenkasse bietet in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Versorgungszentrum ATRIO-MED exklusiv für Versicherte der TK Abend- und Samstagsprechstunden an. Grundsätzlich gilt für alle Fachärzte: Innerhalb von fünf Werktagen bekommen sie ein Terminangebot. Im Regelfall beträgt die Wartezeit im exklusiven TK-Bereich dabei höchstens 30 Minuten. Vgl. dazu die Werbung der TK unter anderem unter <http://www.tk-online.de/tk/nordrhein-westfalen/vorsorge-und-behandlung/atrio-med-koeln/148226>

Exkurs: Rationale Pharmakotherapie der AOK Baden-Württemberg: ⁴⁹

Die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln wird mittels einer Vertragssoftware sichergestellt. In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel, für die die AOK im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Blau hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und/oder biotechnologisch Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind „Me-too-Arzneimittel“, die durch die Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden.

⁴⁹ Vgl. AOK-Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg vom 30.6.2008, Anlage 3 zum Anhang 12, rationale Pharmakotherapie.

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Nicht farblich hinterlegt sind alle übrigen Arzneimittel. Dem Hausarzt wird im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit empfohlen, bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen. Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden. Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden. Der Anreiz des Arztes zu dieser wirtschaftlichen Verhaltensweise aus Sicht der Krankenkasse liegt beim Zuschlag. Der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Vergütungspauschale teilt sich auf in einen Zuschlag Rot (2,50 €), Grün (1,00 €) und Blau (0,50 €). Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst folgende Indikatoren gebildet werden:

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden.

	Quartal 2/09	Quartal 3/09	ab Quartal 4/09
Rot	$\leq 5\%$	$\leq 4\%$	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	*	$\geq 85\%$	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 50\%$	$\geq 60\%$	$\geq 70\%$

Die „rationale Pharmakotherapie“ der AOK Baden-Württemberg ist ein Beispiel für eine Rationierungs- oder Rationalisierungsstrategie im Rahmen der Möglichkeiten selektiver Verträge. Dabei wird das Konzept verfolgt, im Rahmen von Hausärzterträgen in Kombination mit Rabattverträgen mit der Pharmaindustrie die Kosten für Arzneimittel zu Lasten der Arzneimittelvielfalt und der Verordnungsfreiheit der Ärzte zu senken. Diese Vielfalt und

Freiheit hat zwar weiterhin theoretischen Bestand, wird aber mittels finanzieller Anreize bei den Ärzten systematisch unterlaufen. Die Gefahr der Substitutionsmedizin ist gegeben (Prämien für Nichtverordnung). Letztendlich handelt es sich um Verträge zu Lasten Dritter, die zwischen den Ärzten, der Krankenkasse und dem mittels Rabattvertrag verbundenen Arzneimittelhersteller ausgehandelt worden sind. Lediglich der Patient ist gänzlich unbeteiligt.

4.2.4 Gesamtbewertung

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass die Motive und Ziele der gesetzlichen Krankenkassen im selektiven Vertragswettbewerb nicht unbedingt als begrüßenswert zu betrachten sind. Die wahrnehmbaren Service- und Komfortmerkmale stellen sich bei einer Leistungsstrategie der gesetzlichen Kassen für Versicherte positiv dar. Die Krankenkasse kann neue Mitglieder gewinnen, muss aber langfristig diese Strategie finanzieren und bezahlen. Und genau das ist unter dem „Korsett“ des GKV-WSG nicht einfach, wenn auf der einen Seite Serviceleistungen die Attraktivität der Kassen steigern, Zusatzbeiträge aber auf jeden Fall vermieden werden sollen oder in Zukunft nicht zu hoch ausfallen dürfen. Die beim Patienten in der Regel kaum wahrnehmbare Rationalisierungs- und Rationierungsstrategie dagegen stellt eine Versorgungsoptimierung durch Verzahnung von Leistungsanbietern, Patientensteuerung und eine Steuerung der Sachleistung dar. Gesprochen wird in diesem Zusammenhang oft von steigender Qualität. Das mag richtig sein, weil sich Patientensteuerung, Sektorenverzahnung und Qualitätsanstieg zunächst einmal nicht ausschließen, ändert aber letztlich nichts am Tatbestand, dass Leistungen direkt oder indirekt - in der Regel ohne, dass es der Patient merkt - eingeschränkt oder vereinheitlicht werden. Ob bei dieser Vereinheitlichung der medizinischen Versorgung von Rationalisierung oder Rationierung gesprochen werden kann, soll hier nicht diskutiert werden.

5. Fazit und Schlussfolgerung: Einheits- und Wettbewerbsphilosophie in der GKV

Die zukünftige Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist offen. Eine eindeutige gesetzgeberische Entscheidung zur zukünftigen Ausrichtung der GKV ist bisher noch nicht getroffen worden. In der heutigen GKV stecken sowohl Elemente der Einheitlichkeit als auch der Differenzierung. Das gilt sowohl für den Beitrags- als auch für den Leistungs- beziehungsweise Vertragswettbewerb. Auf der Beitragsseite implizieren viele Ordnungselemente des GKV-WSG zentrale, einheitliche und staatsnahe Lösungen. Andererseits gäbe es mit einem „ungedekelten“, in die Beitragsautonomie zurückkehrenden (pauschalen/einkommensabhängigen) Zusatzbeitrag oder mit dem Instrument der Boni viel Potential, in der Zukunft ein höheres, vom Versicherten besser wahrzunehmendes Preissignal auszusenden.

Im Leistungs- und Vertragswettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung ist dagegen eine vermeintliche Richtungsentscheidung gefallen. Schon vom Namen her hat sich mit dem

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz scheinbar der Wettbewerbsgedanke durchgesetzt. Die Möglichkeiten zum selektiven Vertragswettbewerb sind für die gesetzlichen Krankenkassen erweitert und gestärkt worden. Doch der Schein kann oder könnte trügen. Denn die Spielräume für Leistungs- und Produktdifferenzierungen sind – weil das GKV-WSG den standardisierten Leistungskatalog ausgeweitet und die Satzungsleistungen eingeschränkt hat - ohne Zweifel gesunken. Die scheinbare „bunte Welt“ der selektiven Vertragsmöglichkeiten kann diesen Befund nicht heilen. Denn mit dem Wissen, dass im selektiven Vertragswettbewerb von den Kassen neben einer wahrnehmbaren (ohne Zusatzbeiträge schwer zu bezahlende) Strategie der Leistungs- und Servicedifferenzierung auch eine Rationalisierungs- oder Rationierungsstrategie verfolgt wird, lässt die Einsicht entstehen, dass es hier - anders als das Ziel von Wahlfreiheit und Vielfalt suggeriert - auch oder insbesondere um die Vereinheitlichung und Optimierung von Leistungen in der GKV geht.

Die Wettbewerbsphilosophie, der Wunsch nach Vielfalt und Differenzierung, ist trotz aller offensichtlichen Zweifel in der Gesundheitspolitik das tief verinnerlichte Ziel; ob sich allerdings die Möglichkeiten zur Beitrags- oder Leistungsdifferenzierung oder der Einheitsgedanke durchsetzen wird, das bleibt offen. Darüber muss auf grundsätzliche Art auch die neue Bundesregierung aus CDU/CSU/FDP entscheiden. Die neue Koalition wird auf der Beitragsseite - wenn es zumindest partiell beim Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt - auch darüber bestimmen müssen, welche Rolle der (pauschale?) Zusatzbeitrag (mit oder ohne Überforderungsklausel bzw. mit oder ohne Deckelung) im Beitragswettbewerb spielen wird.

Anlage A:

Selektive Verträge der GKV im Sozialrecht

1. Selektive Verträge nur auf Landesebene (Verband) (Mesoebene)

Strukturverträge (§ 73a SGB V)

- 1.) *Vertragsart: (ambulante) Versorgungsverträge (Kann-Vertrag)*
- 2.) *Vertragspartner: Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen
mit: Kassenärztliche Vereinigung*
- 3.) *Aktualität: Letzte Änderungen mit GKV-WSG; Wegfall von Absatz 2 zu den Rahmenaufgaben des GKV-Spitzenverbandes, d. h. höhere Gestaltungsräume der Kassen*

2. Selektive Verträge nur auf Kassenebene (ohne Verband) (Mikroebene - Zusammenschlüsse meistens erlaubt)

Hausarztzentrierte Versorgung I (§ 73b SGB V)

- 1.) *Vertragsart: (ambulante) Versorgungsverträge (Pflichtvertrag)*
- 2.) *Vertragspartner: Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen
mit: Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden
Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten (= Hausärzteverband)*
- 3.) *Aktualität: seit GKV-WSG im Gesetz, letzte Änderungen (Verschärfung) mittels GKV-WSG-Org*

Hausarztzentrierte Versorgung II (§ 73b SGB V)

- 1.) *Vertragsart: (ambulante) Versorgungsverträge (Kann-Vertrag) (wenn Vertrag nach I. abgeschlossen beziehungsweise zur Versorgung von Kindern/Jugendlichen)*
- 2.) *Vertragspartner: Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen
mit: Ärzten (hausärztliche Versorgung) oder Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder Träger von Einrichtungen der hausarztzentrierten Versorgung oder Kassenärztliche Vereinigungen, sofern eine Ermächtigung durch Gemeinschaften von Leistungserbringern vorliegt*
- 3.) *Aktualität: seit 1.4.2007 (GKV-WSG) im Gesetz, letzte Änderungen mittels GKV-WSG-Org*

Besondere ambulante ärztliche Vergütung (§ 73c SGB V)

- 1.) *Vertragsart: (ambulante) Versorgungsverträge (Kann-Vertrag) - versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung*
- 2.) *Vertragspartner: Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen
mit: Vertragsärztliche Leistungserbringer oder 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder
Träger von Einrichtungen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder Kassenärztliche Vereinigungen*
- 3.) *Aktualität: seit 1.4.2007 (GKV-WSG) im Gesetz*

Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§§ 140a ff. SGB V)

1.) Vertragsart: *Versorgungsverträge (Kann-Verträge)*

– *interdisziplinär-fachübergreifend oder sektorenübergreifend*

2.) Vertragspartner: *Krankenkassen allein*

mit: *Einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*

mit: *Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,*

mit: *Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften, Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten, Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches, Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften*

3.) Aktualität: *seit 2000 im Gesetz, letzte Änderungen zum 01.04.2007 (GKV-WSG)*

Verträge mit Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist (§ 140e SGB V)

1.) Vertragsart: *Versorgungsverträge (Kann-Vertrag)*

- *Sicherstellung der Versorgung von zu/abgewanderten Versicherten*

2.) Vertragspartner: *Krankenkassen allein*

mit: *Leistungserbringer nach § 13 Abs. 4 S. 2 (in den entsprechenden Staaten)*

3.) Aktualität: *seit 01.04.2007 (GKV-WSG) im Gesetz*

Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (§ 132d SGB V)

1.) Vertragsart: *Konkretisierungsvertrag (Versorgung/Vergütung/Abrechnung) (Pflichtvertrag)*

– *Vertrag über die Versorgung mit SAPV einschließlich Vergütung, Abrechnung unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 37b SGB V*

2.) Vertragspartner: *Krankenkassen allein –*

mit: *geeignete Personen oder Einrichtungen*

3.) Aktualität: *seit 01.04.2007 (GKV-WSG) im Gesetz*

Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)

1) Vertragsart: *Versorgungsvertrag (Haushaltshilfe) (Kann-Vertrag)*

2) Vertragspartner: *Krankenkasse allein*

mit: *Einzelpersonen, Einrichtungen oder Unternehmen*

3.) Aktualität: *vor dem GKV-WSG im Gesetz*

Versorgung häusliche Krankenpflege (§ 132a Abs. 2)

1.) Vertragsart: *Konkretisierungsvertrag (Versorgung/Preise) (Pflichtvertrag)*

– *Einzelheiten zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Preise und Abrechnung, Weiterbildung etc.*

2.) Vertragspartner: *Krankenkassen*

mit: *Entsprechenden Leistungserbringern*

3.) Aktualität: vor dem GKV-WSG im Gesetz

Vergütung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Abs. 5 SGB V)

1.) Vertragsart: Konkretisierungsvertrag (Vergütung) (Pflichtvertrag) – Vereinbarung der Vergütungen von entsprechenden Leistungen bei Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht

2.) Vertragspartner: Krankenkassen

mit: Trägern zugelassener Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

3.) Aktualität: vor dem GKV-WSG im Gesetz

Vergütung von Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen (§ 111a Abs. 1 SGB V)

1.) Vertragsart: Konkretisierungsvertrag (Vergütung) (Pflichtvertrag) – Vereinbarung der Vergütungen von entsprechenden Leistungen bei Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht

2.) Vertragspartner: Krankenkassen

mit: Trägern zugelassener Vorsorgeeinrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen

3.) Aktualität: vor dem GKV-WSG im Gesetz

3. Selektive Verträge sowohl auf Kassenebene wie auf Landesverbandsebene (auch Verbände auf Bundesebene)

Heilmittelverträge (§ 125 Abs. 2 SGB V)

1.) Vertragsart: Versorgungsvertrag Heilmittel – Konkretisierungsvertrag (Pflicht-Vertrag) – Einzelheiten der Versorgung, Preise, Abrechnung, Verpflichtung zur Fortbildung

2.) Vertragspartner: Krankenkassen allein, oder ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften

mit: Leistungserbringern oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer

3.) Aktualität: seit 1.4.2007 (GKV-WSG) im Gesetz (Änderung: Einzelverträge statt Verbandsverträge)

Hilfsmittelverträge (§ 127 SGB V)

1.) Vertragsart: Versorgungsvertrag Hilfsmittel - Konkretisierung (Kann-Vertrag) zu Menge, Preis und Qualität

2.) Vertragspartner: Krankenkassen allein, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften (von Kassen/Verbänden)

mit: Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer

3.) Aktualität: seit 1.4.2007 (GKV-WSG) im Gesetz

Ergänzender Rahmenvertrag Arzneimittelversorgung (§ 129 Abs. 5 SGB V)

1.) Vertragsart: Versorgungsvertrag Arzneimittel - Konkretisierungsvertrag mit Teilen eines Rahmenvertrags (Kann-Vertrag) – Ergänzungen zum Bundesrahmenvertrag, Zytostatika-Versorgung, Aut-Idem-Kosten

2.) Vertragspartner: Krankenkasse allein oder ihre Verbände

mit: 1. Organisationen der Apotheker auf Landesebene

3.) Aktualität: seit 1.4.2007 (GKV-WSG) in dieser Form im Gesetz

Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)

1.) *Vertragsart: (Konkretisierungsvertrag) (Pflichtvertrag) (Versorgung)*

– *Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 u 2 SGB V*

2.) *Vertragspartner: Krankenkassen allein oder ihre Verbände*

mit: Kassenärztliche Vereinigungen, geeigneten Ärzten oder deren Gemeinschaften, oder ärztlich geleitete Einrichtungen oder öffentlichen Gesundheitsdienst

3.) *Aktualität: seit 01.04.2007 (GKV-WSG) im Gesetz*

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 136 Abs. 4 SGB V)

1.) *Vertragsart: Konkretisierungsvertrag (Kann-Vertrag) (Qualität/Vergütung) - Festlegung bestimmter (standardisierter und einheitlicher) Qualitätsstandards (unbeschadet der Regelungen §§ 87a bis c SGB V), die mit Zuschlägen zur Vergütung honoriert werden (bei Mehrleistungsausgleich)*

2.) *Vertragspartner: Kassenärztliche Vereinigungen*

mit: Krankenkassen alleine oder ihren Landesverbänden

3.) *Aktualität: mit Wirkung zum 01.01.2009 (auf Basis GKV-WSG) Gesetz*

Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V)

1.) *Vertragsart: Versorgungsverträge (Kann-Vertrag) – Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen, zusätzliche Leistungen, die nicht Bestandteil des gesetzlichen Leistungskatalogs sind (befristete Kann-Verträge)*

2.) *Vertragspartner: Krankenkassen allein oder ihre Verbände*

mit: Kassenärztlichen Vereinigungen oder gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern (entsprechend des Versorgungsgebiets) oder Gruppen dieser Leistungserbringer

3.) *Aktualität: seit 1990 im Gesetz*

Krankenhausapotheken (§ 129a SGB V)

1.) *Vertragsart: Versorgungsvertrag Arzneimittel – Konkretisierungsvertrag (Pflichtvertrag) zur Abgabe von Arzneimitteln und Preishöhe*

2.) *Vertragspartner: Krankenkasse allein oder ihre Verbände*

mit: Träger des zugelassenen Krankenhauses

3.) *Aktualität: vor dem GKV-WSG im Gesetz*

Arzneimittel-Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen (§ 130a Abs. 8)

1.) *Vertragsart: Versorgungsvertrag Arzneimittel – Ergänzungsvertrag (Kann-Vertrag) – Rabatte zusätzlich zu den gesetzlichen Abschlägen*

2.) *Vertragspartner: Krankenkasse allein oder ihre Verbände (inklusive Arbeitsgemeinschaften)*

mit: pharmazeutischen Unternehmen

3.) *Aktualität: seit Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Gesetz, letzte Änderungen zum 01.04.2007 (GKV-WSG). (Klarstellung, dass die Rabattverträge zusätzlich zu den gesetzlichen Rabatten gelten)*

Versorgung Soziotherapie (§ 132b SGB V)

1.) *Vertragsart: Versorgungsvertrag (Kann-Vertrag) – Einzelheiten zur Versorgung mit Soziotherapie unter Beachtung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 SGB V*

2.) *Vertragspartner: Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen*

mit: geeigneten Personen oder entsprechenden Einrichtungen

3.) *Aktualität: vor dem GKV-WSG im Gesetz*

Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen (§ 132c SGB V)

- 1.) Vertragsart: *Versorgungsvertrag (Kann-Vertrag)*
- 2.) Vertragspartner: *Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen*
mit: geeignete Personen oder Einrichtungen
- 3.) Aktualität: *vor dem GKV-WSG im Gesetz*

Versorgung Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V)

- 1.) Vertragsart: *Konkretisierungsvertrag (Versorgung) (subsidiärer Pflichtvertrag) (Versorgung)*
– *Vereinbarung über Vergütung von Krankentransportleistungen, sofern keine landes- oder kommunalrechtliche Regelungen vorliegen*
- 2.) Vertragspartner: *Krankenkassen allein oder Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen*
mit: geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen
- 3.) Aktualität: *letzte Änderungen zum Vertragsinhalt (Preisabschläge) zum 01.04.2007 (GKV-WSG)*

Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei DMP (§ 116b Abs. 1 SGB V)

- 1.) Vertragsart: *Versorgungsvertrag (Kann-Vertrag)*
– *Verträge über ambulante Behandlung im Krankenhaus im Rahmen eines DMPs*
- 2.) Vertragspartner: *Krankenkassen allein oder ihre Landesverbände*
mit: zugelassenen Krankenhäusern (die an einem DMP nach § 137g teilnehmen)
- 3.) Aktualität: *vor dem GKV-WSG im Gesetz*

Anlage B:

Wahlleistung nach Abs. 4 (Kostenerstattung)

Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer

Beispiel aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg:

Tarif für die Kostenerstattung bei Wahlleistung

Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus

Zusätzlich zum herkömmlichen Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung erhält der Versicherte bei einem Krankenhausaufenthalt - gegen Zusatzprämie - die Komfort- und Serviceleistung eines Ein- oder Zweibettzimmers.

Altersklassen	Monatsprämie in EUR	
	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres	4,70	7,80
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	9,40	15,30
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	16,80	27,50
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	52,00	85,20

Zusätzlicher Beitrag als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %) bei Wahlleistung Zweibettzimmer im Krankenhaus (AOK Rheinland-Hamburg)				
Einkommen Alter	44.100 €	35.000 €	25.000 €	15.000 €
0 bis 20	+ 1,6 %	+ 2,0 %	+ 2,9 %	+ 4,8 %
20 bis 40	+ 3,2 %	+ 3,0 %	+ 5,7 %	+ 9,5 %
40 bis 65	+ 5,8 %	+ 4,1 %	+ 10,2 %	+ 17,0 %
über 65	+ 17,9 %	+ 22,6 %	+ 31,6 %	+ 52,7 %

Die Monatsprämien führen zu folgendem Fazit beim Beitragseinfluss: (1) Allein das Merkmal „Alter“ entscheidet darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die Beitragsstabilität ist damit nicht gewährleistet. (2) Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind erheblich. Für über 65-Jährige liegen die Beiträge beim Zweibettzimmer rund 1000 % über den Beiträgen für unter 20-Jährige. (3) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der zusätzlich zu entrichtende Beitrag für die Wahlleistung Zweibettzimmer nicht unerheblich: Je nach Einkommen und Alter müssen durch die Wahl des Zusatztarifs 1,6 % (Jahreseinkommen 44.100 € bei einem Alter von unter 20) bis 52,7 % (Einkommen 15.000 € bei einem Alter von über 65) Mehrbeiträge zum (erweiterten) Versicherungsschutz in der GKV aufgebracht werden.

Auslandsleistungen

*Beispiel aus der Satzung der AOK Rheinland-Hamburg:
Tarif für die Kostenerstattung bei Leistungen im Ausland*

Altersklassen	Jahresprämie in EUR
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	6,00
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	12,00

Zusätzlicher Beitrag als Anteil vom GKV-Arbeitnehmerbeitrag (7,9 %) bei Kostenerstattung bei Leistungen im Ausland (AOK Rheinland-Hamburg)				
Einkommen	44.100 €	35.000 €	25.000 €	15.000 €
Alter				
0 bis 65	+ 2,1 %	+ 2,6 %	+ 3,6 %	+ 6,1 %
über 65	+ 4,1 %	+ 5,2 %	+ 7,3 %	+ 12,2 %

Eine Auslandskrankenversicherung gehört nicht zum herkömmlichen Leistungskatalog der GKV. Auslandsleistungen - vergleichbar mit denen einer privaten Auslandskrankenversicherung - lassen sich aber gegen eine Zusatzprämie auch in der GKV absichern. Diese Zusatzprämie führt für das aufgeführte Beispiel zu folgendem Fazit beim Beitragseinfluss: (1) Allein das Merkmal „Alter“ entscheidet darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die Beitragsstabilität ist damit nicht gewährleistet. (2) Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind nicht unerheblich. Bei über 65-Jährigen verdoppeln sich die Beiträge. (3) Bezogen auf einen derzeitigen Arbeitnehmerbeitrag von 7,9 % vom beitragspflichtigen Einkommen ist der zusätzlich zu entrichtende Beitrag für die Wahlleistung nicht unerheblich: Je nach Einkommen und Alter müssen durch die Wahl des Zusatztarifs 2,1 % (Jahreseinkommen 44.100 € bei einem Alter von unter 65) bis 12,2 % (Einkommen 15.000 € bei einem Alter von über 65) Mehrbeiträge zum (erweiterten) Versicherungsschutz in der GKV aufgebracht werden.

Literaturverzeichnis

- AOK Arzneimittel-Rabattverträge (2009/2011)**, Überblick und Präsentation, Bundespressekonferenz 6.5.2009.
- AOK Baden-Württemberg (2008)**, Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung vom 30.6.2008, Anlage 3 zum Anhang 12, rationale Pharmakotherapie.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009)**, Statistiken KJ1 und KV45.
- Cassel, D. (2005)**: Ordnungspolitische Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, in: Leipold, H.; Wentzel, D. (Hrsg.), Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Band 78.
- Drabinski, T. (2009)**, Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Band 15, 2009.
- Focus (2008)**, Krankenkassen – wann der Wechsel lohnt!, 26.8.2008.
- GEK – Report (2009)**, unter www.gek.de.
- Grabka, M. et al. (2005)**, Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte, DIW Diskussionspapier 506.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006)**, Heft 36/2006.
- GKV-Monitoring (2009)**, Marktbeobachtung des PKV-Verbandes.
- Hanneken, S. et al. (2003)**, Androgentetische Alopezie, in: *Hautarzt*, 2003/54, S. 703-712.
- Jacobs, K.; Reschke, P.; Cassel, D.; Wasem, J. (2001)**, Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, Endbericht 2001.
- Leienbach, V.; Schulze Ehring, F. (2006)**, Wettbewerb und Wettbewerbsperspektiven in der Krankenversicherung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Festschrift Prof. G. Neubauer, S. 343-365, Heidelberg und München.
- Mindline (2009)**, Kassenbindung der gesetzlich Versicherten - Repräsentativbefragung.
- Paquet, R. (2008)**, GKV-Mitglieder: preissensibel und leistungsbewusst, in: *BKK* 05/2008.
- Progenerika (2009)**, Newsletter Nr.2/2009.
- Sachverständigenrat (2006/2007)**, Jahresgutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006/2007).
- Schulze Ehring, F.; Weber, C. (2008)**, Wahltarife in der GKV - Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Diskussionspapier 4/07.
- Schumpeter, J. A. (1942)**, *Capitalism, Socialism and Democracy*, New York.
- Schumpeter, J. A. (1950)**, *Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie*, München.
- Sozialgesetzbuch (2009)**, SGB V.
- Terraconsult (2009)**, Versorgungsmanagement und Kommunikation, Gesundheitsfonds 2009, Versorgungsmanagement wird zur Arena des Wettbewerbs in der GKV.
- Versicherungswirtschaft (2010)**, 1.5.2010, S. 628 ff.

WIP-Veröffentlichungen

Diskussionspapiere

2010

- 2/10 Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich
Dr. Frank Wild
- 1/10 Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus

2009

- 14/09 Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
Dr. Frank Wild
- 13/09 Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV
Dr. Frank Wild
- 12/09 Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?
Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ
Dr. Torsten Keßler
- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007
Dr. Frank Wild

- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von
Beiträgen und Leistungen
Dr. Frank Niehaus
- 1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China
Dr. Anne Dorothee Köster

2008

- 3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen
Dr. Frank Wild
- 2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen
Wirkstoffen
(Ausgabe 2008)
Dr. Frank Wild

2007

- 9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr
2006
Dr. Frank Niehaus
- 8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten
Dr. Frank Wild
- 7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten
Dr. Frank Wild
- 6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick
Dr. Frank Wild
- 5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiter-
entwicklung der Pflegeversicherung"
Bernd Hof, Claus Schlömer
- 4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber
- 3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-
Versicherten
Dr. Frank Wild

2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen
Wirkstoffen
Dr. Frank Wild

2006

10/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum
Gesundheitswesen im Jahr 2005
Dr. Frank Niehaus

9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005
Dr. Frank Schulze Ehring

8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher
Sicht
Dr. Frank Schulze Ehring

7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten
Der privaten Pflege-Pflichtversicherung
Dr. Frank Niehaus

6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-
Präparaten
Dr. Frank Wild

5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)
Dr. Frank Niehaus

4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine
Dr. Frank Wild

3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?
Dr. Frank Schulze Ehring

2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV
Christian Weber

1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum
Gesundheitswesen im Jahr 2004
Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2010

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich
Dr. Frank Wild

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben
Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapiere können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.