

Wahltarife in der GKV -

Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?

Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber

WIP-Diskussionspapier 4/07

1 Einführung

Die in den letzten Jahren ständig gestiegenen Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben den Gesetzgeber immer wieder dazu bewogen, verstärkt über neue zusätzliche Wettbewerbselemente in der GKV nachzudenken. Das gilt auch für das Wettbewerbsstärkungsgesetz - das WSG. Seit dem 1.4.2007 haben die gesetzlichen Kassen die Möglichkeit, im Wettbewerb um Versicherte originär privatversicherungsrechtliche Elemente einzusetzen. Mit erheblicher Euphorie ist die Neuregelung des § 53 SGB V von den Initiatoren als Chance zu mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb gefeiert worden. Vertreter der gesetzlichen Kassen reagierten zum Teil verhaltener. Trotzdem machen die meisten Krankenkassen von den neuen gesetzlichen Möglichkeiten regen Gebrauch. Dabei haben die Pressemeldungen in den letzten Monaten den Eindruck hinterlassen, als wollten sich die gesetzlichen Krankenversicherungen gegenseitig in der Zahl und der Vielfalt der angebotenen Wahltarife gegenseitig überbieten. Ein transparenter Überblick über angebotene, geplante oder in Zukunft denkbare Wahltarife ist inzwischen schwierig geworden.

Die Zahl und Vielfalt der inzwischen von der GKV angebotenen Wahltarife könnte darüber hinweg täuschen, dass Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vollends neu sind. Schon mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 hat der Gesetzgeber den Krankenkassen verschiedene Möglichkeiten an die Hand gegeben, mittels Wahlтарifen ihre Leistungsangebote stärker zu differenzieren. Die Gültigkeit dieses Gesetzes war allerdings nicht von langer Dauer. Wenige Wochen nach dem Regierungswechsel 1998 verabschiedete das Parlament das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, mit dessen Inkrafttreten die Bestimmungen zu Wahlтарifen in der GKV mit der Begründung aufgehoben wurden, diese für die PKV charakteristischen Instrumente seien mit den Prinzipien der solidarischen GKV nicht vereinbar.¹ Erst im Zuge der Diskussion über das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden Wahlтарife politisch erneut thematisiert. Aber schon vor dem zum 1.1.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz regelte das Sozialgesetzbuch V im § 30, Absatz (2), dass Ermäßigungen oder Boni bei den Zuzahlungen zum Zahnersatz möglich sind, wenn eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne zu erkennen sind. Diese Möglichkeiten zur Ermäßigung und der Vergabe von Boni sind dann mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erstmals systematisch ausgeweitet worden. Der § 65a SGB V gestattete der gesetzlichen Krankenversicherung Ermäßigungen für alle Versicherten, wenn zum Beispiel Bereitschaft zur Teilnahme an einer hausarztorientierten Versorgung, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten oder an einer integrierten Versorgung bestand. Exklusiv für die Gruppe der freiwillig Versicherten gestattete das GKV-Modernisierungsgesetz der GKV darüber hinaus, das Instrumentarium des Selbstbehalts (SGB V, § 53) und der Beitragsrückerstattung (SGB V, § 54) zu nutzen. Allen Versicherten wiederum konnten von der GKV Zusatzversicherungen angeboten werden. Denn seit Januar 2004 erlaubte das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bei der Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge Kooperation zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (SGB V, § 194, Absatz 1a). Ein Vertriebsweg über die GKV, von dem recht schnell ein reger Gebrauch gemacht wurde. Allein bis zum Jahresende 2005 sind über 1.120.000 Zusatzversicherungen abgeschlossen worden.²

¹ Vgl. Winkelhake, O.; John, J. (2000), S. 76.

² Vgl. Surminski, A. (2006), S. 630.

1.1 Wahltarife im Überblick

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) ist die Bedeutung der Wahltarife als Wettbewerbselement in der gesetzlichen Krankenversicherung nochmals gestiegen. Die Vielfalt der inzwischen angebotenen Wahltarife ist vom Gesetzgeber dabei ausdrücklich gewollt. So ist in der Begründung zum § 53 SGB V, der die neuen Wahltarife in der GKV einführt, ausdrücklich vermerkt, dass die Wahlfreiheit für Versicherte in der GKV erhöht werden soll. Entsprechend großzügig hat der Gesetzgeber die unterschiedlichsten Wahltarife erlaubt oder zum Teil zur Pflicht gemacht. Nicht nur freiwillig Versicherte - wie noch im GKV-Modernisierungsgesetz beschränkend formuliert -, sondern fast alle gesetzlich Versicherte³ können unter anderem aus Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarifen, Kostenerstattungstarifen, Tarifen für besondere Therapieformen oder aus Hausarztтарifen wählen. Ein Überblick:⁴

Optionale Wahltarife: Die optional oder freiwillig von den Kassen angebotenen Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife sollen dafür sorgen, dass ähnlich wie bei der PKV künftig diejenigen Versicherten, die eine höhere Selbstbeteiligung bei den Behandlungs- oder Medikamentenkosten akzeptieren, vergleichbar niedrigere Beiträge zahlen oder am Jahresende einen Teil ihrer Beiträge zurückerstattet bekommen. Diese als Prämie zu bezeichnende Beitragsdifferenz zum herkömmlichen Beitrag dürfen im Selbstbehalttarif 1/5 und bei Beitragsrückerstattung 1/12 der jährlich geleisteten Beiträge nicht überschreiten. Eine jährliche Höchstgrenze von 600 € darf dabei - so die gesetzlichen Vorgaben - vor Einführung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V zum 1.1.2009 nicht überschritten werden.

Wahltarife/Zusatzversicherungen im Überblick

	Tarife	Angebot	Definition
§ 53, SGB V Wahltarife	Selbstbehalttarife	freiwillig	<ul style="list-style-type: none"> Prämienzahlung an Versicherte bei Übernahme eines Kosteneigenanteils
	Kostenerstattungstarife	freiwillig	<ul style="list-style-type: none"> Höhe der Kostenerstattung gestaltbar Mehrkosten über Zusatzprämie zu decken
	Hausarztтарife	verpflichtend	<ul style="list-style-type: none"> Prämienzahlung/Zuzahlungsermäßigung bei Hausarztтарifen
	Beitragsrückerstattung	freiwillig	<ul style="list-style-type: none"> Rückzahlung Beitragsanteil bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen
	Krankengeldtarife	verpflichtend	<ul style="list-style-type: none"> Ab 2009: für Mitglieder ohne gesetzlichen Krankentagegeldanspruch
	Zuwahl für best. Arzneimittel	freiwillig	<ul style="list-style-type: none"> Arzneien für besondere Therapieformen (unter anderem Homöopathie)

Bei den optionalen Wahltarifen „Kostenerstattung“ wählt der Versicherte das Sachleistungsprinzip ab und zahlt ähnlich wie bei der privaten Krankenversicherung direkt beim Arzt und rechnet dann später mit der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Mehrkosten sind dabei über eine Zusatzprämie zu decken. Ähnliches gilt bei den freiwillig anzubietenden Tarifen für besondere Therapieformen. Hier zahlen die gesetzlich Versicherten eine Zusatzprämie, um sich zum Beispiel homöopathische oder

³ Empfänger von Arbeitslosengeld können unter anderem keine Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung oder Tarif für besondere Therapieformen wählen.

⁴ Vgl. als Überblick auch Winkel, R. (2007).

anthroposophische Arzneimittel, die nicht zur Regelversorgung der GKV gehören, erstatten lassen zu können.

Optionale Zusatzversicherungen: Für alle optionalen Wahltarife, in denen Mehrkosten und Mehrleistungen über den gesetzlichen Umfang des Leistungskatalogs nach § 11 SGB V hinaus entstehen beziehungsweise erbracht werden, sind, wie beschrieben, vom Versicherten Zusatzprämien zu bezahlen. Eine Zusatzprämie, die bei der Wahl von besonderen Therapieformen immer, bei Kostenerstattungstarifen regelmäßig aufzubringen ist und - das gilt es ordnungspolitisch hervorzuheben - nicht nur zu einem im Zuge von Kooperationen zwischen GKV und PKV vermittelten, sondern zu einem unmittelbaren und unter dem Dach des § 53 SGB V gesetzlich legitimierten Angebot von Zusatzversicherungen in der GKV führt.

Obligatorische Wahltarife: Im Gegensatz zu den optionalen oder freiwilligen Wahlтарifen, deren Einführung im Ermessen der gesetzlichen Krankenkassen liegt und an die darüber hinaus die Versicherten mindestens drei Jahre gebunden sind, ist das Angebot von Wahlтарifen der besonderen Versorgungsformen, zu denen neben dem Hausarztтарif unter anderem auch der Wahlтарif „integrierte Versorgung“ oder „Disease-Management-Programm (DMP)“ gehören, verpflichtend. Bei diesen obligatorischen Wahlтарifen hat der Versicherte keine Mindestbindungsfrist. Dem Versicherten können dabei als Anreiz zur Einschreibung in einen derartigen Wahlтарif Prämien gezahlt oder Zuzahlungen ermäßigt werden. 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.

Für alle Wahlтарife – ob optional, obligatorisch oder als Zusatzversicherung angeboten – gilt, dass die Aufwendungen für jeden Wahlтарif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen.⁵ Eine Quersubventionierung aus dem allgemeinen Haushalt der Krankenkasse oder zwischen Wahlтарifen untereinander ist grundsätzlich 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.

1.2 Meinungsbild

Die neuen Wahlтарife der GKV inklusive der gesetzlichen Vorgaben werden in der aktuellen politischen Diskussion beständig thematisiert. Die in Medien, Wissenschaft und Politik geführte Diskussion verläuft kontrovers. Befürworter von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung weisen dabei vor allem auf mehr Wahlfreiheit, innovative Tarifgestaltungen und mehr Eigenverantwortung sowie auf eine zunehmende Steuerungsmöglichkeit im Gesundheitswesen hin. In den Wahlтарifen stecke – so die Fürsprecher - „*der Keim, den es für ein besseres Gesundheitssystem brauche*.“⁶ Kritiker dagegen sprechen davon, dass das Prinzip der Solidarität systema-

⁵ Vgl. § 53 (9), SGB V.

⁶ Politische Werbung der Techniker Krankenkasse für Wahlтарife (Stand: 6/2007), unter: http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/tk__programme/tk240/tk240.html.

tisch ausgehöhlt wird und dass von Wahlтарifen kaum kalkulierbare Haushaltsrisiken für die gesetzliche Krankenversicherung ausgehen. Auffällig ist dabei, dass diese kritischen Meinungen und Äußerungen nicht nur überwiegen, sondern auch aus allen politischen Lagern kommuniziert beziehungsweise sehr häufig von Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung selbst vorgetragen werden.⁷ Der gemeinsamen Stellungnahme der gesetzlichen Krankenversicherung zum Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) ist zum Beispiel zu entnehmen, dass „gegen eine Prämienzahlung wegen Nichtinanspruchnahme von Leistungen ... erhebliche Bedenken [bestehen], da die durch die Nichtinanspruchnahme anfallenden Prämienzahlungen den Krankenkassen im Saldo Mittel entziehen“ ...und „in der Tendenz ... die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung ausgehöhlt [wird].“⁸

Meinungsbeispiele

Sicht der GKV

... „dass die ... Wahlтарife für die Kassen der GKV und ihre Versicherten ... einen ruinösen Wettbewerb zwischen den Kassen“ fördern, „die Solidarität in der GKV“ vermindern „und kaum kalkulierbare Haushaltsrisiken“ produzieren.“
Robert Paquet, BKK

„Gegen eine Prämienzahlung wegen Nichtinanspruchnahme von Leistungen bestehen erhebliche Bedenken, da die durch die Nichtinanspruchnahme ... anfallenden Prämienzahlungen den Krankenkassen im Saldo Mittel entziehen, In der Tendenz wird die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung ... ausgehöhlt.“

Gemeinsame Stellungnahme der GKV zum WSG

Sicht der Patienten

Die Wahlтарife seien „eher etwas für Gesunde und weniger für chronisch Kranke oder ältere Menschen,“ ...
Helga Kühn-Mengel, Patientenbeauftragte

Sicht der Politik

„So setzen die ... Wahlтарife ... auf eine Selbstselektion und drohen damit das Solidarprinzip in der GKV massiv zu schwächen.“

Eike Hovermann, MdB

„So werden die Wahlтарife zu Sterbeglöckchen, die das Ende der solidarischen und sozialen Krankenversicherung einläuten.“

Frank Spieth, Die Linke, MdB

Sicht der Wissenschaft

„Für die GKV insgesamt ist die Rechnung höchst irrational, denn es wird auf Solidarleistungen gesunder und einkommensstarker Beitragszahler verzichtet,“ ...

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK

Zu einer darüber hinaus gehenden Ausweitung der politischen Kontroverse über das Für und Wider von Wahlтарifen führte Ende März die Diskussion über Zusatzversicherungen in der GKV, deren Angebot im Rahmen von § 53 SGB V nicht ausdrücklich erlaubt, aber nach Interpretation der Aufsicht trotzdem gesetzlich legitimiert ist. Stein des Anstoßes war ein Schreiben aus dem Bundesgesundheitsministerium, das die Rechtmäßigkeit von GKV-Wahlтарifen mit Kostenerstattung von Chefarztbehandlung und Zweibettzimmern – ein originäres Zusatzversicherungsprodukt allein der privaten Krankenversicherung - bestätigt hatte. Das Bundesversicherungsamt (BVA) und eine Landesaufsicht hatten solche und andere Tarife einer gesetzlichen Krankenkasse zuvor als unbedenklich eingestuft. Die private Krankenversicherung sah und sieht das anders. Mit dem Angebot von Zusatzversicherungen (innerhalb und außerhalb von § 53 SGB V) würden die gesetzlichen Kassen weit „über ihren gesetzlichen Auftrag der Sicherstellung medizinisch notwendiger Gesundheitsleistungen“ hinausgehen. Die GKV würde „einen staatlich geschützten Zugang zum Markt für Zusatzversicherungen“ erhalten. Das sei grundsätzlich abzulehnen.⁹

⁷ Zu den Meinungsbeispielen vgl. Hovermann, E. (2007), S. 7; Paquet, R. (2007), S. 6; Jacobs, K. (2007), S. 4; Kühn-Mengel, H. (2007), Ärzte Zeitung vom 11.5.2007; Spieth, F. (2007), Pressemitteilung vom 24.05.2007.

⁸ Vgl. Gemeinsame Stellungnahme der GKV zum Entwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2006), S. 88.

⁹ Vgl. dazu Presseerklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), 25.4.2007.

Zusatzversicherungen laut Interpretation der Aufsicht

Tarife	Angebot	Definition
Chefarzt und Zwei/Einbettzimmer	freiwillig	■ Zusatzversicherung gemäß Interpretation der Aufsicht
Zahnersatzversicherung	freiwillig	■ Zusatzversicherung gemäß Interpretation der Aufsicht
Auslandskrankenversicherung	freiwillig	■ Zusatzversicherung gemäß Interpretation der Aufsicht

Die lebhafteste Diskussion über Zusatzversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vervollständigt den Überblick über die Wahltarife in der GKV. Neben den Wahlтарifen und Zusatzversicherungen, die ausdrücklich von § 53 SGB V vorgegeben sind, wollen einige gesetzliche Krankenkassen den Versicherten auch verschiedene Zusatzversicherungen als Wahltarife in der GKV gemäß Interpretation der Aufsicht anbieten. Mit diesem Willen einzelner Kassen stellt sich unvermeidlich auch die Frage nach den Zielen von Wahlтарifen in der GKV. Welchen Zweck sollen Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen?

1.3 Ziele von Wahlтарifen

Als Leitgedanke der Wahlтарife ist oft von der Verbesserung der Effizienz und der Qualität im Gesundheitssystem zu hören. Dementsprechend haben die Wahlтарife nach Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums insbesondere zwei Ziele. Zum einen hätten sich die neuen vernetzten Versorgungsformen (DMP; integrierte Versorgung; Hausarzt) in der Vergangenheit bewährt. Sie sollen sich im Gesundheitswesen weiter durchsetzen, denn die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Leistungsbereiche erhöhe die Behandlungsqualität für die Patienten. Entsprechend müsse der Versicherte angeregt werden, die neuen Versorgungsformen stärker zu nutzen. Zum anderen soll der Wettbewerb in der GKV intensiver werden. Mittels Wahlтарife könnten sich die Krankenversicherungen noch besser auf die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Versicherten einstellen.¹⁰

In dieser Zielformulierung des Bundesministeriums stecken viele, aber nicht alle Argumente und Zielvorstellungen des Gesetzgebers beziehungsweise der gesetzlichen Krankenkassen zur Einführung von Wahlтарifen. Viele Ziele werden nicht immer öffentlich ausgesprochen. Schon aus diesem Grund lohnt sich eine breitere Systematisierung. Dabei lassen sich vor allem vier Ziele identifizieren. Erstens, Verhaltensanreize sollen eine gesundheitsbewusste Lebensführung fördern, die Teilnahme an Hausarzt- und Versorgungsprogrammen begünstigen oder die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen mittels Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung beeinflussen. All das soll zu Einsparungen im Gesundheitssystem führen.

Zweitens, Wahlтарife in der GKV dienen der GKV als Wettbewerbsparameter auf dem Versicherungsmarkt im Wettbewerb um Versicherte. Dabei geht es um zwei Wettbewerbsrichtungen - zum einen um den Wettbewerb um Versicherte innerhalb des ge-

¹⁰ Vgl. BMG (2007), <http://www.die-gesundheitsreform.de/index.html> (Stand: 6/2007).

gesetzlichen Systems und zum anderen um den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV. Auf Letzteres - die Wettbewerbsfähigkeit der GKV gegenüber der PKV - zielte insbesondere das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), in dem die Wahl von Wahlтарifen oft nur freiwillig Versicherten erlaubt war. Im Zuge dieses Gesetzes war die GKV mit dem Angebot von Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen in der Lage, gezielt die Gruppe der freiwillig Versicherten zum Verbleiben in der gesetzlichen Kasse zu bewegen. Eine Intention, die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung offen aussprachen, wenn sie mittels Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung „Versicherte vom Verbleib im System“ der gesetzlichen Krankenversicherung überzeugen wollten.¹¹ Ein Motiv, das mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) deutlich an Relevanz eingebüßt hat. Das WSG unterstreicht eher den Wettbewerb innerhalb des Systems. Darauf deutet nicht nur die mit diesem Gesetz beschlossene Ausweitung der Wahlтарife auf fast alle Versicherten hin, sondern auch die Begründung zum Gesetz selbst. In der ist trotz eines im Zuge des Gesundheitsfonds geplanten einheitlichen Beitragssatzes mit sozial limitiertem Zusatzbeitrag ausdrücklich von der Stärkung der Wettbewerbsintensität innerhalb der GKV die Rede. Ein Vorhaben, das nur gelingen kann, wenn über die Wahlтарife die Spannweite der finanziellen Belastungsunterschiede aus dem sozial limitierten Zusatzbeitrag deutlich erhöht wird. Insofern stellen die Wahlтарife wohl auch einen (politischen) Ersatz des zukünftig vereinheitlichten Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter dar.

Ziele von Wahlтарifen

§ 53, SGB V Wahlтарife	Verhaltensanreize [gesundheitsbewusste Lebensführung; Leistungsanreize und Programmanreize]
	Wettbewerbsfaktor [Halten und Gewinnen von Versicherten im Wettbewerb innerhalb der GKV und mit der PKV]
	Kundenorientierung [Viele der Versicherten wünschen mehr Eigenverantwortung und Gestaltungsfreiräume]
	Marktausweitung [Neuerschließung des Marktes für Zusatzversicherungen]

Drittens, mit Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich gewisse Kundenwünsche befriedigen. Sie sind Ausdruck des Versichertenwunsches nach mehr Eigenverantwortung und Gestaltungsfreiraum. Und viertens, mit Zusatzversicherungen als Wahlтарif können die Krankenkassen unter dem Schutz von Privilegien einer Sozialversicherung direkt diejenigen Zusatzversicherungsgeschäftsfelder erschließen, die bis vor dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) nur indirekt mittels

¹¹ Vgl. Schmitz, M. (2007), Pressereferent der Techniker Krankenkasse, Ärzte Zeitung vom 7.2.2007.

Kooperationen mit einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen erschlossen werden konnten.

Von den vier Zielen hat insbesondere der Wahltarif als Verhaltensanreiz und als Wettbewerbsfaktor eine Bedeutung. Mit diesen beiden Argumenten wird nämlich häufig in der Öffentlichkeit die Einführung von Wahlтарifen im gesetzlichen System legitimiert. Ob Wahlтарife allerdings einsparende Verhaltensanreize auslösen können, ist ökonomisch höchst umstritten. Und weil Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht als Selbstzweck zu befürworten ist, bedarf es Funktionen, die ein Wahlтарif als wettbewerbsfördernde Maßnahme erfüllen muss. Vor allem geht es dabei um die Allokationsfunktion des Wettbewerbs. Demgemäß müssen Wahlтарife dazu beitragen, dass knappe Beitragsmittel besser ihre jeweils produktivste Verwendung finden. Ob Wahlтарife diese Funktion erfüllen, ist eine zu beantwortende Frage.

Die Kontroverse um Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung, die formulierten Ziele und die aufgeworfenen Fragen machen eine grundlegende Bewertung aller Wahlтарife notwendig und sinnvoll. Denn die vorherrschende Frage, wie Wahlтарife in der GKV nicht nur ökonomisch, sondern auch kalkulatorisch und politisch einzuschätzen sind, ist oft nicht ausreichend differenziert und umfassend erörtert worden. Die folgenden Abschnitte nehmen sich dieser Bewertung an. Zunächst wird ein Blick auf das theoretische und ökonomische Wesen von Wahlтарifen in der GKV gerichtet. Anschließend wird die Kalkulationsgrundlage für Wahlтарife in der GKV mit der in der privaten Krankenversicherung verglichen und mit in die Bewertung einbezogen. Den Abschluss bilden das Fazit und die Schlussfolgerung, dass mit Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur ökonomische, sondern insbesondere erhebliche politische Risiken verbunden sind.

2 Ökonomische Bewertung von Wahlтарifen

2.1 Systemwidrige Beitrags- und Produktdifferenzierung

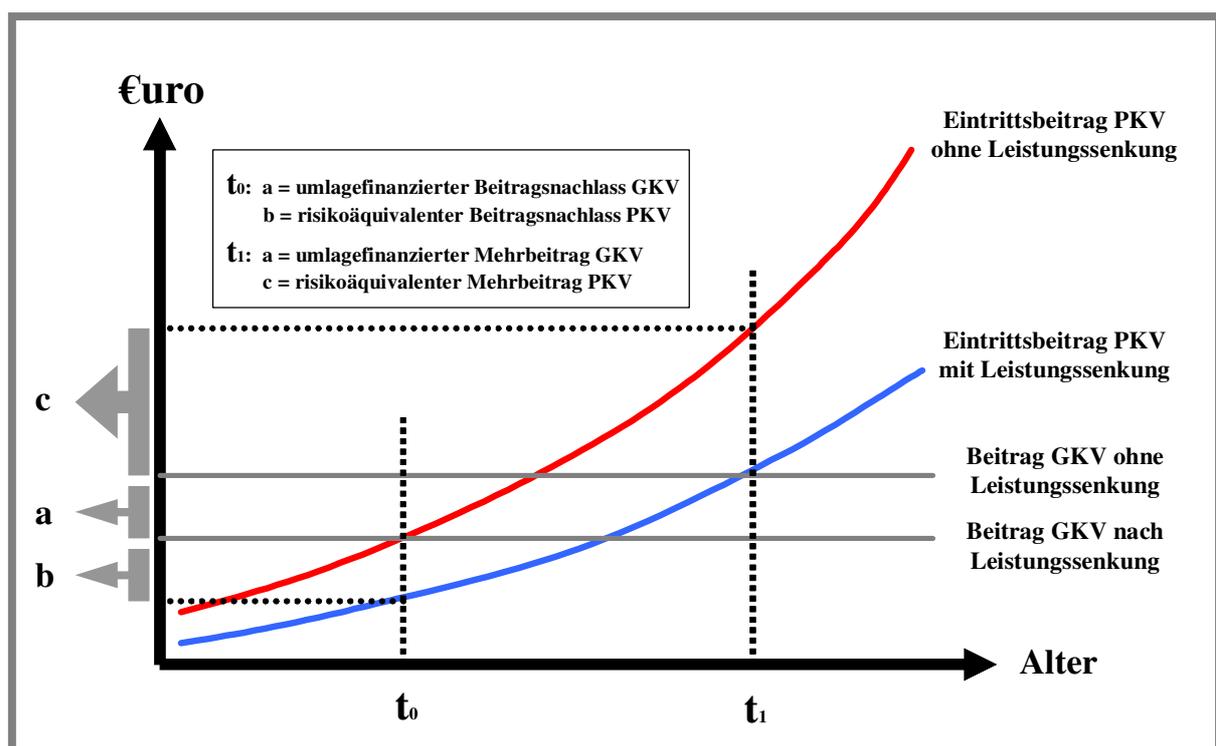
Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung gegen Prämienzahlungen oder Ermäßigungen angebotenen und geplanten Wahlтарife stellen - wenn auch im Ausmaß unterschiedlich - Tariffdifferenzierungen durch Beitragsdifferenzierungen dar. Konkret geht es bei Beitragsdifferenzierungen um Beitragsnachlässe oder -zuschläge durch Produktdifferenzierung, das heißt, eine gezielte Einschränkung oder Ausweitung der Versicherungsleistungen. Bei Selbsthalten 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 Wahlтарif gewählt haben, akzeptieren die Einschränkung der freien Arztwahl oder den Verzicht auf den direkten Facharztbesuch. Bei Wahlтарifen als Zusatzversicherung in der GKV erfolgt dagegen eine Zuwahl von Leistungen. Für diese zusätzliche Leistung muss eine zusätzliche Prämie aufgebracht werden.

Beitragsdifferenzierungen durch eingeschränkte oder ausgeweitete Versicherungsleistungen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung stets problematisch, weil nach Eintritt in die „neuen“ Wahlтарife die konstituierenden Systemmerkmale „Umlageverfahren“, „Einkommensbezug“, „Solidarprinzip“ und „Kontrahierungszwang“ einen wirksamen Schutz vor Selbstselektion nicht zulassen. Eine diesen Schutz vor Selbstselektion bietende individuelle Beitragsberechnung mit einem individuellen

Kostenbezug, der sich auf die gesamte Versicherungsdauer erstreckt (Äquivalenzprinzip), ist in der GKV im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung ausdrücklich nicht vorgesehen. Gleiches gilt auch bei der späteren Rückkehr in einen „Normalleistungsbereich“, also in einen Tarif ohne privatrechtliche Elemente. Eine derartige Rückkehr führt ausschließlich zu einem Verzicht auf Ermäßigungen oder Beitragsnachlässe beziehungsweise zu einem Wegfall von Zusatzprämien, nicht aber zu einer risikoäquivalenten Beitragsveränderung. Entsprechend sind Wahltarife mit ihrem beitrags- und produkt-differenzierenden Charakter in der privaten Krankenversicherung systemkonform, in der GKV dagegen systemfremd und unsolidarisch. Sie können, wenn die gesetzten Verhaltensanreize nicht zu Verhaltensänderungen, sondern lediglich zu sogenannten Mitnahmeeffekten führen, erhebliche Verluste bei den Beitragseinnahmen mit sich bringen.

Die Systemwidrigkeit von Beitragsdifferenzierungen in der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich theoretisch anhand der Abbildung, der Kalkulation von Beitragsdifferenzierungen in der PKV und GKV im Vergleich, analytisch am Beispiel eines die Versicherungsleistung einschränkenden Wahltarifes exakt darlegen:

Kalkulation von Beitragsdifferenzierung in der PKV und GKV im Veraleich



Die Beiträge zur GKV sind einkommensabhängig und bleiben - nicht schwankende Einkommen und stabile Beitragssätze vorausgesetzt - im Alter konstant. Das Eintrittsalter ist für die Beitragshöhe dementsprechend nicht relevant. Anders in der PKV: der Eintrittsbeitrag zur PKV nimmt mit zunehmendem Alter risikoäquivalent exponentiell steigend zu. Entscheiden sich nun zwei Versicherte, eine gesetzlich und eine privat versicherte Person, zu einem Zeitpunkt t_0 von einem „Volltarif“ ohne Leistungseinschränkung in einen Tarif mit Leistungseinschränkung zu wechseln, wird

dem gesetzlich (privat) Versicherten ein umlagefinanzierter (risikoäquivalenter) Beitragsnachlass in Höhe der Strecke a beziehungsweise b gewährt. Beide Beitragsnachlässe sind damit in der Ausgangssituation identisch. Unterschiede ergeben sich erst bei Rückkehr zu einem Tarif ohne Leistungseinschränkung. Während der gesetzlich Versicherte zum Zeitpunkt t_1 mit einem umlagefinanzierten Mehrbeitrag a völlig unproblematisch in einen „Volltarif“ zurückkehren kann, wird der Privatversicherte bei Rückkehr mit einem risikoäquivalenten Mehrbeitrag zur privaten Krankenversicherung - der Strecke c - belastet sein.

Das skizzierte Szenario führt in der Konsequenz dazu, dass in der gesetzlichen Sozialversicherung ein sogenanntes „Vorteilshopping“ möglich ist. Versicherte sind in der Lage als gutes Risiko in t_0 Mitnahmeeffekte zu realisieren, gleichzeitig aber auch im Alter als schlechtes Risiko - also in t_1 - einen umlagefinanzierten Vollschutz in Anspruch zu nehmen. Dieser intertemporale Vorteil oder Fehlanreiz würde in der privaten Krankenversicherung durch einen risikoäquivalenten Mehrbeitrag in t_1 ausgeglichen. Bei Nichtausgleich entstehen Selektionen, die vom Ausmaß keineswegs zu vernachlässigen sind. Die hohe ökonomische Rationalität der (gesunden) Versicherten lehrt, dass Versicherte in einer GKV-Welt mit Wahlтарifen vom „Vorteilshopping“ gezielt Gebrauch machen werden. Dabei stützen sie sich auf ein hohes Maß an Wissen und Sicherheit. Während sich nämlich die gesetzlichen Kassen in ihren statistischen Prognoserechnungen immer nur auf Durchschnittswerte bei der Inanspruchnahme von Leistungen beziehen können, ist die Prognosefähigkeit des rationalen Versicherten bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sehr hoch, weil stets das ganze implizite Wissen um die persönliche und familiäre Krankengeschichte, die Lebenslage und die eigenen Zukunftsaussichten in die Überlegungen zur Wahl eines Wahlтарifs eingehen.¹²

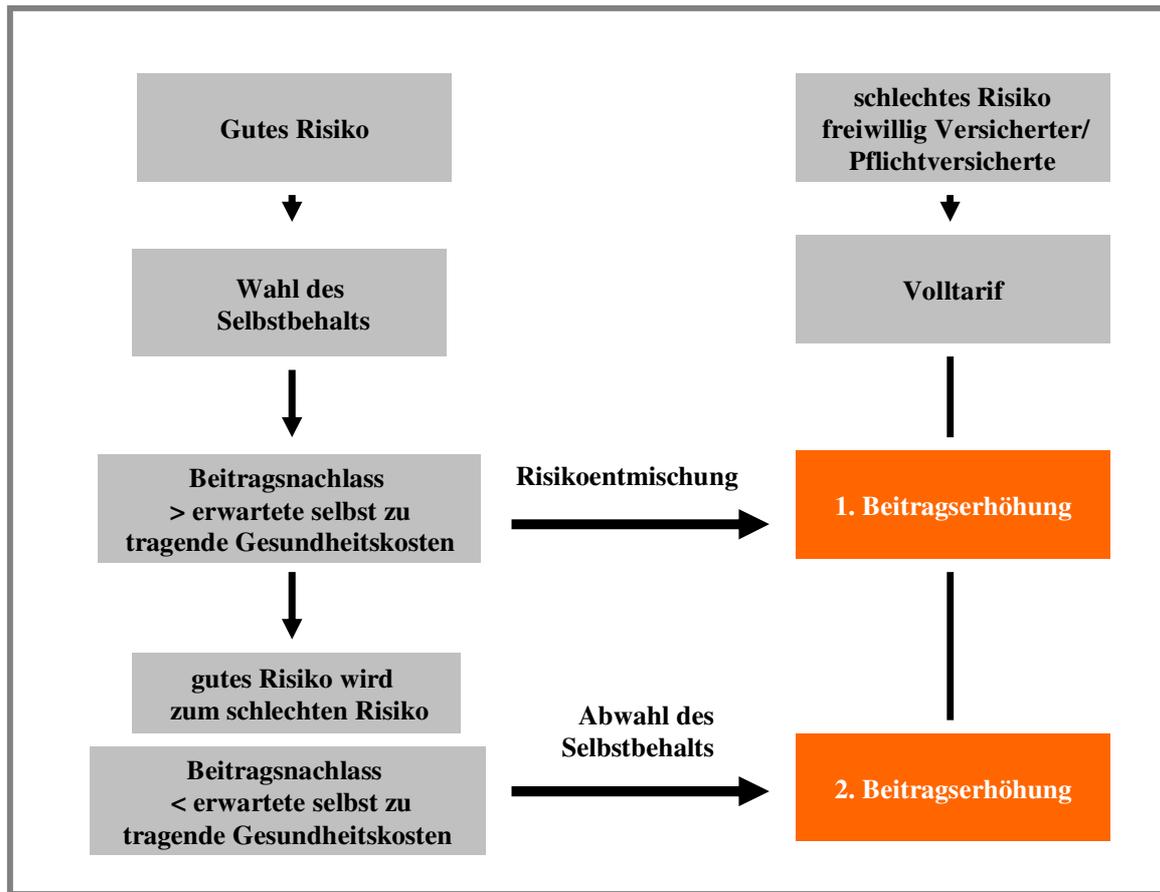
2.2 Risikoselektion, Leistungseinschränkung und Äquivalenzprinzip

Die Risikoselektion in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Wahlтарife stellt eine reale Gefahr dar. Darüber hinaus können – zumindest im ökonomischen Modell - auch selektionsbedingte Leistungseinschränkungen nicht ausgeschlossen werden. Vergegenwärtigen lässt sich diese Gefahr anhand des folgenden modelltheoretischen Szenarios.¹³ Versicherte, die beispielsweise einen Selbstbehaltwahlтарif wählen, zahlen einen Teil der Kosten, die sie in einem Kalenderjahr verursachen, selbst. Dafür gibt es einen Beitragsnachlass - mit schon bekannten Folgen. Das Prinzip der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung wird ausgehöhlt. Einen Selbstbehalt wählen vor allem die Gesunden. Der jährliche Beitragsnachlass liegt aus Sicht dieser guten Risiken über den persönlich erwarteten Gesundheitskosten. Es vollzieht sich eine Risikoentmischung. Gesunde entziehen sich dem „Vollтарif“, eine „erste“ Beitragserhöhung wird im „Vollтарif“ nicht zu verhindern sein. Allerdings ist noch eine „zweite“ Beitragserhöhung unumgänglich. Gute Risiken werden im Alter zu schlechten Risiken. Mit der Erkenntnis der Versicherungsnehmer, dass die jährlich erwarteten Gesundheitskosten nun über dem Beitragsnachlass durch Selbstbehalt liegen, wird der Selbstbehalt ohne risikoäquivalenten Mehrbeitrag abgewählt. Erneut muss der „Vollтарif“ eine negative Risikoauslese auffangen.

¹² Vgl. Paquet, R. (2007), S. 6.

¹³ Vgl. dazu auch Winkelhake, O.; John, J. (2000), S. 80 f.

Selbstbehalt: Doppeltes Selektionsrisiko



Die skizzierten Risikoselektionen zwischen Wahltarif und „Volltarif“ mit sich anschließenden Beitragserhöhungen führen zu einer stetigen Verschlechterung des Risiko- profils im „Volltarif“. Mit der Zeit werden demnach kontinuierlich auch immer mehr weniger gute Risiken in den Wahltarif wechseln. Denn auch für sie erscheint mit steigenden Beiträgen im „Volltarif“ selbst ein hoher Selbstbehalt günstiger als ein „Volltarif“, in dem - aus der Perspektive der weniger guten Risiken - ausschließlich schlechtere Risiken versichert sind. Dieser Prozess schreitet im Modell so lange fort, bis der solidarisch finanzierte „Volltarif“ am Ende komplett ausgestorben ist. Am Ende dieses Prozesses steht entsprechend wiederum ein solidarisch finanzierter Einheitstarif, allerdings auf einem vergleichsweise niedrigeren Leistungsniveau.

Das beschriebene Modellszenario der Leistungseinschränkung stellt eine langfristige Perspektive dar. Dieses wäre in der gesetzlichen Krankenversicherung real und kurz- bis mittelfristig relativ schnell beobachtbar, wenn die Kalkulation der Volltarife von der der Wahltarife versicherungskalkulatorisch korrekt getrennt würde. Genau diese Bereinigung der Volltarifikalkulation um die Wahltarifwähler ist aber in der Haushaltsplanung der gesetzlichen Kassen explizit nicht vorgesehen. Die Kassen kalkulieren trotz der neuen Wahltarife weiterhin mit durchschnittlichen Risiken einer Versichertengemeinschaft. Die Selektionsbewegungen zwischen dem Normalversicherungsbereich und den Wahltarifen bis hin zur Leistungseinschränkung werden so – weil sich die selektionsbedingten Beitragserhöhungen nicht nur auf die Normalversicherten, sondern auf alle Versicherten der GKV beziehen - von der Geschwindigkeit her gebremst, aber letztendlich nicht beseitigt.

Im Gegensatz zur im theoretischen Modell aufgezeigten Möglichkeit der Leistungseinschränkung durch Risikoselektion auslösende Wahltarife ist die Annäherung der GKV an das Äquivalenzprinzip der PKV greifbar und real. Das lässt sich unter anderem anhand des Selbstbehalts aufzeigen. Laut Anbietern von Selbstbehalten in der GKV sind Wahltarifmodelle übersichtlich, sozial ausgewogen und das Risiko für die Versicherten überschaubar. Aber die Realität sieht anders aus. Als Beispiel sei das Selbstbehaltmodell der AOK Rheinland/Hamburg genannt.¹⁴ Dort 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). Ergebnis: (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. Fazit: Zu einer schon beschriebenen Entsolidarisierung zwischen Krank und Gesund beziehungsweise Jung und Alt kommt bei einkommensabhängigen Selbstbehaltmodellen in der GKV eine Entsolidarisierung zwischen „leistungsschwach“ und „leistungsstark“ hinzu. Damit nähert sich die GKV dem Äquivalenzprinzip der PKV „von hinten“. Denn diejenigen Versicherten der GKV, die höhere Versicherungsbeiträge zahlen, können bei einem gewählten Selbstbehalt auch stets die höhere Beitragsermäßigung erhalten.

Selbstbehaltmodell der AOK Rheinland/Hamburg

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 %

2.3 Empirische Befunde

Befürworter von Wahlтарifen in der GKV bezweifeln deren entsolidarisierende Wirkung und halten der erläuterten Risikoselektion die Steuerungseffekte, das heißt, eine zurückhalten-dere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und damit zu erzielende Kostenersparnisse, entgegen. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass laut Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) eine Quersubventionierung nicht erlaubt ist und dementsprechend die Aufwendungen für jeden Wahlтарif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden müssen. Welcher Effekt – Mitnahme- oder Steuerungseffekt - aber

¹⁴ Vgl. Satzung der AOK Rheinland/Hamburg, Anhang 3.

überwiegt, ist selten abschließend zu klären. Anhaltspunkte liefern trotz zahlreicher nicht zu leugnender methodischer Probleme zwei empirische Analysen aus der Schweiz, in der wählbare Wahltarife in der obligatorischen Grundversicherung seit 1996 bekannt sind. Schellhorn (2002)¹⁵ hat Wahltarife anhand beobachteter Arztbesuche untersucht. Er stellt resümierend fest: *„Der Großteil der beobachteten Reduktion der Anzahl der Arztbesuche bei Versicherten mit höheren Selbstbehalten ist durch Selbstselektion zu erklären. Gesündere ... wählen höhere Selbstbehalte. Eine durch die gewählte höhere Selbstbeteiligung induzierte Verhaltensänderung in Richtung einer sparsameren Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist kaum festzustellen.“* Werblow (2002)¹⁶ dagegen registriert Verhaltensänderungen und weist *„Selbstbehalte - im Unterschied zu den betrachteten Ergebnissen von Schellhorn - als ein taugliches Instrument zur Steuerung des Verhaltens der Versicherten aus.“* Allerdings vermag es auch zu unerwünschten Verteilungswirkungen kommen, denn die *... Untersuchungen zeigen, dass ... die Selbstselektion der Versicherten auf keinen Fall ausgeschlossen werden kann.“*¹⁷

Aus Deutschland stehen zwei empirische Befunde aus Modellversuchen zur Verfügung. Eindeutig ist dabei das Fazit eines Modellversuchs zur Beitragsrückerstattung in der BKK in den Jahren 1990 bis 1994. Die Ergebnisse von fünf Betriebskrankenkassen durchgeführte Erprobungsregelung zur Beitragsrückgewähr offenbaren nämlich, dass keinerlei Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme der Versicherten zu erkennen sind. *„Die zum Ausgleich von Rückzahlungsbeträgen ... erforderlichen Einsparungen wurden in diesem Zeitraum nicht erreicht und sind auch zukünftig nicht zu erzielen.“*¹⁸ Eine Kostenersparnis ist damit in jedem Fall auszuschließen. Die Rückzahlungsbeträge an gesunde Versicherte (Mitnahme) müssten durch höhere Beiträge der (kranken) Mitglieder finanziert werden. Fazit: Beitragsrückerstattung als Wahltarif ist zur Kostendämpfung ungeeignet. Eine Einführung in der gesetzlichen Krankenversicherung geht mit einer Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes einher.¹⁹ Konsequenterweise müssen von den gesetzlichen Kassen garantierte Beitragsrückerstattungen nicht mit einer Beitragsermäßigung, sondern - wie in der privaten Krankenversicherung - mit einem Beitragsaufschlag belegt werden. Dieser kalkulatorisch notwendige Beitragsaufschlag ist in der privaten Krankenversicherung immer dann obligatorisch, wenn ein in der PKV gewählter Tarif Beitragsrückerstattungen nicht aus Überzinsen oder Überschüssen finanziert, sondern unabhängig vom unternehmensindividuellen Anlageerfolg garantiert.

Die zweite Studie aus Deutschland ist im Auftrag der Techniker Krankenkasse vom IGES Institut erarbeitet worden.²⁰ Diese hat einen einjährigen Modellversuch zum Selbstbehalt (2002-2003) begleitet und stützt auf den ersten Blick diejenigen, die glauben, dass sich Wahltarife durchaus rechnen können. Doch das Ergebnis oder die formulierte Bilanz dieses Modellversuchs, dass ein Widerspruch zum Solidarprinzip in Selbstbehalten als Wahltarif wegen der positiven finanziellen Effekte für die gesetzliche Krankenversicherung nicht zu erkennen sei, liefert keinen Beweis für eine Dominanz eines Steuerungseffektes im Sinne einer Kostendämpfung. Denn für die

¹⁵ Vgl. Schellhorn, M. (2002), S. 411 und Schellhorn, M. (2001).

¹⁶ Vgl. Werblow, A. (2002), S. 435.

¹⁷ Hinsichtlich der Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse ist festzuhalten, dass sich angesichts der von den Kassen gezahlten Kopfpauschalen Verhaltens- und Frequenzänderungen bei der Inanspruchnahme ambulanter Ärzte derzeit bestenfalls bei den veranlassten Leistungen Kosten senkend auswirken.

¹⁸ Vgl. Malin, E., Schmidt, E. (1995), S. 759.

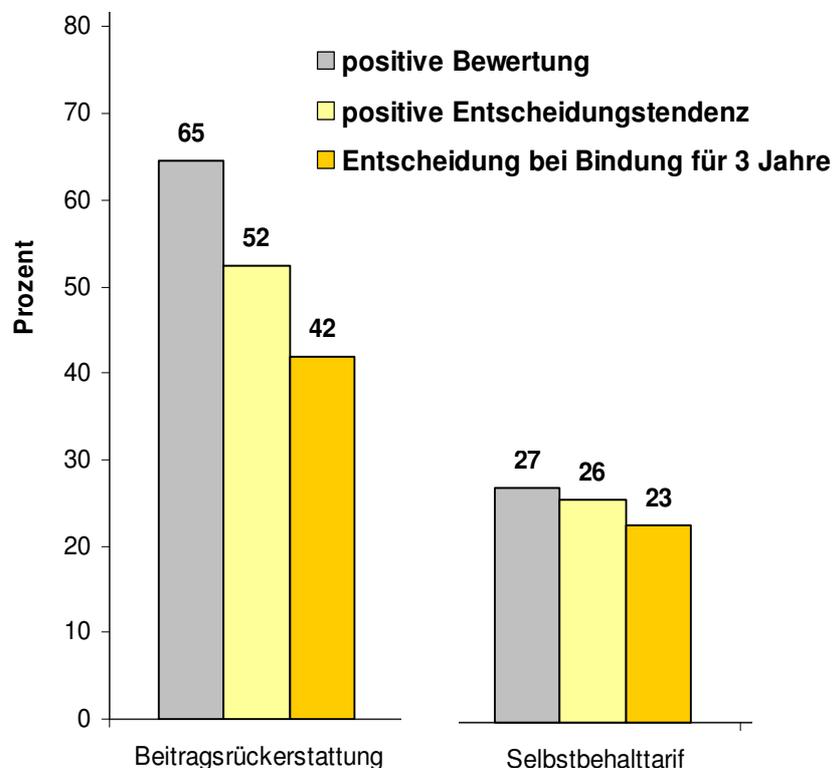
¹⁹ Vgl. Malin, E., Schmidt, E. (1995), S. 762.

²⁰ Vgl. Nolting, H.-D.; Berger, U. Reschke, P.; Sehlen, S. (2003).

Techniker Krankenkasse stand in dem einjährigen Modellversuch nicht die Verhaltensänderung bei ihren Versicherten im Mittelpunkt des Interesses, sondern ausschließlich der Versuch, freiwillig in der GKV Versicherte von einem Wechsel in die private Krankenversicherung abzuhalten. So konnte sich der Modelltarif letztendlich nur durch die Einbeziehung der gehaltenen Beiträge aus vermiedener PKV-Abwanderung rechnen. Schlussfolgernd ist in diesem Modellversuch der Techniker Krankenkasse der Wahltarif nicht als eine das Verhalten der Versicherten ändernde Maßnahme zur Kostendämpfung identifiziert, sondern lediglich als Mittel gegen die private Krankenversicherung begründet worden.²¹ Aber selbst dieses Argument ist, weil seit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht mehr nur freiwillig Versicherte, sondern fast alle Versicherte in der GKV die Möglichkeit zur Wahl von Wahltarifen haben, inzwischen fast bedeutungslos geworden.

Neben Modellversuchen und wissenschaftlichen Analysen liefen Befragungen von Versicherten weitere wichtige empirische Anhaltspunkte zur Frage, ob eher mit Mitnahme- oder Steuerungseffekten bei Wahltarifen in der GKV zu rechnen ist. In einer detaillierten Umfrage im März 2007 hat die BKK dazu feststellen müssen, dass die Versicherten mit den neuen Wahltarifen kritisch und differenziert umgehen und vor allem ihren Vorteil sehr genau im Auge haben.²² Das trifft, so das Ergebnis der Umfrage, insbesondere auf für Versicherte risikolose

Zustimmung zu Wahltarifen in Prozent



Wahltarife wie Hausarzttarife oder Beitragsrückerstattung zu. Denn diese sogenannten „no risk“-Tarife haben bei den Versicherten immer eine höhere Akzeptanz als Selbstbehalttarife, die stets mit einem individuellen Kostenrisiko verbunden sind. Nur die vornehmlich gesünderen Versicherten zeigen bei den risikobehafteten Selbstbehalttarifen Interesse. Fazit: Es ist „für die Krankenkassen nicht einfach, [bei Wahltarifen] ... solche Angebote zu entwickeln, bei denen die Versicherung insbesondere wegen der Mitnahmeeffekte nicht von vornherein der „Verlierer“ ist.“²³

Zusammenfassend zeigen alle empirischen Befunde: Die Gefahr eines dominierenden Mitnahmeeffektes mit einhergehender Risikoselektion ist nicht unwahrscheinlich.

²¹ Vgl. Nolting, H.-D.; Berger, U. Reschke, P.; Sehlen, S. (2003), zitiert in: TK spezial (2005), S. 10.

²² Vgl. Paquet, R.; Stein, M. (2007).

²³ Vgl. Paquet, R.; Stein, M. (2007).

Das haben auch viele Vertreter der gesetzlichen Kassen erkannt. Allein die zahlreichen Stellungnahmen zu den Wahlтарifen aus den Kassenverbänden deuten darauf hin. Diese Stellungnahmen machen allerdings selten schlussfolgernd darauf aufmerksam, dass mit dieser Wirkung von Wahlтарifen in der GKV das Versicherungsprinzip fundamental in Frage gestellt wird. Als Versicherung ist nämlich allgemein die Deckung eines im Einzelnen ungewissen, insgesamt schätzbaren Geldbedarfs, auf der Grundlage zwischenwirtschaftlichen Risikoausgleichs zu verstehen.²⁴ Dieses Versicherungsprinzip - ein im Kollektiv stattfindender Risikoausgleich von guten und schlechten Risiken - wird von den im Wettbewerbsstärkungsgesetz erlaubten Wahlтарifen in der GKV insoweit zerstört, dass die Kalkulation des Risikoausgleichs über eine Periode das Versicherungsprinzip auf lediglich durchschnittliche Risiken der Periode beschränkt beziehungsweise die Kalkulation des Risikoausgleichs über mehrere Perioden ohne risikoäquivalente Versicherungsbeiträge/Prämien erfolgt.

2.4 Kalkulationsgrundlagen im Vergleich

Um die Verletzung des Versicherungsprinzips durch Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung näher zu dokumentieren, soll folgend die Kalkulationsbasis dieser Tarife näher betrachtet werden. Weil sich dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen fundamental von der PKV unterscheiden, ist ein Vergleich mit der Kalkulationsgrundlage in der privaten Krankenversicherung von besonderer Bedeutung.

(1) Kalkulation: Das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) selbst macht keine Vorschriften zur Kalkulation von Wahlтарifen in der GKV. Lediglich der Hinweis, dass die Quersubventionierung verboten sei, weist darauf hin, dass sich die einzelnen Wahlтарife „rechnen“ müssen. Das Bundesversicherungsamt wird dabei konkreter. Im Schreiben zur Umsetzung der Wahlтарife gemäß § 53 SGB V in der Fassung des GKV-WSG vom 13. März 2007 an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen hält das Bundesversicherungsamt es für erforderlich, dass für die Genehmigung von Wahlтарifen in der GKV von den Kassen zumindest eine Plausibilitätsdarstellung eingereicht werden muss. Aus der muss sich nachvollziehbar die Wirtschaftlichkeit aller Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung ablesen lassen. Dabei ist genau darzulegen, auf welchem Wege die durch einen Wahlтарif erzielten Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen in den Kassen erfasst werden.²⁵

Mit der Konkretisierung der Genehmigungsvoraussetzungen von Wahlтарifen durch das Bundesversicherungsamt offenbart sich die Kalkulationsgrundlage von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese brauchen lediglich auf Plausibilitätsdarstellungen basieren. Wie sich die gesetzlichen Kassen dieser Plausibilität nähern, bleibt dabei völlig unklar. Letztendlich ergeben sich damit trotz der Forderung nach Plausibilität erhebliche Schwierigkeiten und mehr Fragen als Antworten:

- *Um einen Versicherungstarif kalkulieren zu können, benötigt man Daten über die voraussichtlichen Kosten der Leistungsanspruchnahme. Dafür muss man die Kostenhöhen differenziert nach Risikomerkmale kennen. Relevante Risikomerkmale sind dabei Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Solche Daten liegen jedoch in der gesetzlichen Krankenversicherung bestenfalls aus dem Risikostrukturausgleich vor, die gegebene Differenzierung nach den Hauptleistungsarten be-*

²⁴ Vgl. Wikipedia Enzyklopädie, Stand: 4.6.2007.

²⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt (2007).

ziehungsweise Teilprofilen reicht jedoch bei weitem nicht aus. Informationen zur Kalkulation von Wahlтарifen in der GKV - wie zum Beispiel eines Selbstbehalts - sind daraus nicht zu generieren.

Anders als die GKV verfügt die private Krankenversicherung über differenzierte Daten. Dabei ist jedoch in jedem Fall bei Versicherungseintritt eine Risikobeurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten erforderlich. Kalkuliert wird mit einem durchschnittlichen Gesundheitsrisiko. Versicherte mit einem erhöhten Risiko müssen einen tariflichen Zuschlag als Ausgleich für die erwartete höhere Leistungsanspruchnahme zahlen oder sie erhalten keinen Versicherungsvertrag. Würde der tatsächliche Risikozugang vom vorauskalkulierten abweichen, käme es sofort zu erheblichen Verwerfungen.

- In der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Risikoprüfung nicht erlaubt. Gleichzeitig gilt Kontrahierungszwang. Welchen Risikozugang legt man unter derartigen Bedingungen kalkulatorisch zugrunde? Und was ist, wenn mehr „schlechte Risiken“ kommen als vermutet?

Gerade bei Wahlтарifen mit Zusatzleistungen ist das nicht unwahrscheinlich. Für „schlechte Risiken“ ist eine zusätzliche Leistung immer attraktiver als für andere. So hat eine Zusatzleistung „Arzneimittel der besonderen Therapierichtung“ oft auch eine konsumptive Komponente. Häufig werden diese Leistungen von Versicherten nur dann versichert, wenn sie diese Leistung früher oder später auch tatsächlich in Anspruch nehmen. Während es in der PKV nicht ohne Grund eine Risikoprüfung und/oder Wartezeiten gibt, wird ein GKV-Zusatztarif zum Beispiel für Zahnersatz, wie von der Länderaufsicht Nordrhein-Westfalen für zulässig erachtet, von GKV-Versicherten am besten erst an der Eingangstür zur Zahnarztpraxis abgeschlossen. Was bleibt dann aber von dem versicherungstechnisch geforderten Ausgleich von „guten“ und „schlechten“ Risiken übrig? Die Unwirtschaftlichkeit des Wahlтарifs ist damit von vornherein vorprogrammiert. Die Konsequenzen für die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung dürften unmittelbar ersichtlich sein.

- Bei risikoäquivalenter Kalkulation ist eine Differenzierung nach Geschlecht gefordert. Denn tatsächlich haben beide Geschlechter deutlich unterschiedliche Kostenprofile, und zwar in allen Leistungsarten. Bei bisherigen Wahlтарifangeboten der gesetzlichen Kassen blieben diese Sachverhalte unberücksichtigt. Verzichtet man nämlich darauf und bietet Unisexprämien an, dann steht dahinter eine Versichertenstruktur, bei der man von einem bestimmten Verhältnis von Männern und Frauen ausgeht. Und was ist, wenn die Wirklichkeit deutlich davon abweicht? Auch dann sind massive Beitragsverwerfungen zu erwarten.
- Wahlтарife gegen Beitragsnachlässe sollen - so zumindest die Idee - zu kosten-dämpfenden Leistungs- und Verhaltensänderungen führen. Da die Beitragsnachlässe zum Beispiel für gewählte Selbstbehalte in der GKV nicht aus dem Normaltarif quersubventioniert werden dürfen, ist der Beitragsnachlass tatsächlich nur in der Höhe zu gewähren, wie es durch den Selbstbehalt zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung kommen wird. Wie werden aber diese Verhaltensänderungen bei der Kalkulation von Wahlтарifen in der GKV angesetzt? Bei einem „Gesunden“ beispielsweise wäre der Beitragsnachlass mit Null anzusetzen. Es ist keine Tarifikalkulation aus der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt, die diesen Sachverhalt angemessen berücksichtigt.

Die vielen Fragen und Schwierigkeiten zur Kalkulation von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen vor allem eines: Die Kalkulation nach „Plausibilität“ birgt nicht nur finanzielle Gefahren, sondern macht – weil Krankenkassen in ihren Kalkulationsmodellen entsprechend unterstellen müssen, dass sich aus ihren Versicherten eine Zufallswahl für Wahlтарife entscheidet²⁶ - eine seriöse Risikokalkulation und Beweisführung zur Tragfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Wahlтарifen praktisch unmöglich. Nur das Gebot der Vorsicht und damit ein hohes Maß von Sicherheitszuschlägen würde auf der einen Seite die Wirtschaftlichkeit von Wahlтарifen und auf der anderen Seite das Vermeiden einer Quersubvention zwischen unterschiedlichen Tarifen garantieren. Genau das aber würde die Marktchancen erheblich beschränken. Nur wenige würden sich bei großzügigen – kalkulatorisch aber notwendigen – Sicherheitsmargen für die jeweiligen Wahlтарife entscheiden. Im Umkehrschluss heißt das, dass eine Unterkalkulation von Wahlтарifen – auch weil nicht lebenslange, sondern jederzeit aufkündbare Versicherungskollektive entstehen - nicht unwahrscheinlich ist. Die Anreize für die eigentlich per Gesetz verbotene Unwirtschaftlichkeit von Wahlтарifen - Anreize zur Verlustmaximierung - wären damit von vornherein gesetzt.

Anders formuliert: Während sich in der PKV jeder Tarif aus sich heraus rechnen muss und nur, wenn dafür eine begründete Erfolgsaussicht am Markt besteht, auch angeboten wird, sind die Zusatzangebote der GKV ausschließlich strategisch darauf ausgerichtet, den Versicherten von einer Abwanderung zu einer anderen Krankenkasse oder zur PKV abzuhalten. Letztendlich geht es also in der GKV nicht darum, ob sich ein Wahlтарif wirtschaftlich trägt, sondern ausschließlich um die Versichertenanzahl insgesamt. Damit ist der Fehlkalkulation „Tür und Tor“ geöffnet.

Die Kalkulationsbasis der privaten Krankenversicherung unterscheidet sich dagegen gründlich von der laut Bundesversicherungsamt notwendigen Plausibilitätsdarstellung in der GKV in wesentlichen Faktoren. Anders als in der GKV werden in der privaten Krankenversicherung alle Tarife nach versicherungsmathematischen Methoden kalkuliert. Diese Methoden sind in der *Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung* (Kalkulationsverordnung KalV)²⁷ zusammengefasst. Rechnungsgrundlagen dabei sind unter anderem Rechnungszins, Ausscheideordnung und die Kopfschäden. Basis der Prämienberechnung in der PKV ist damit eine ordentliche und umfassende Risikobewertung. Denn die Versicherungsprämien dürfen nur risikogerecht kalkuliert werden, wobei laut Kalkulationsverordnung in die Prämie ausdrücklich ein Sicherheitszuschlag von mindestens 5 % der Bruttoprämie einzurechnen ist.²⁸

Fazit: Der in der GKV geltenden „*Plausibilitätswillkür*“ als Voraussetzung für das Angebot von Wahl- und Zusatzтарifen steht in der PKV ein detailliertes und gesetzgeberisch festgelegtes Regelwerk gegenüber. Schon aus diesem Grund, aber auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich in der GKV strategische Anreize zur „*Unterkalkulation*“ aufzeigen lassen und das oberste Interesse der PKV immer „*in sich rechnende Tarife*“ sind, kann bei Wahlтарifen in der GKV nicht von einem vernünftigen und politisch ernsthaft zu verantwortenden Angebot gesprochen werden,

²⁶ Vgl. dazu auch Paquet, R. (2007).

²⁷ Vgl. Kalkulationsverordnung vom 18.11.1996.

²⁸ Vgl. § 7 Kalkulationsverordnung.

(2) Nachkalkulation: Laut Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) haben die Krankenkassen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über die durch Wahltarife erwirtschafteten Einsparungen gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Strikter formuliert es das Bundesversicherungsamt: Um zeitnah einen Überblick über die finanziellen Auswirkungen der genehmigten und angebotenen Wahltarife zu erhalten, hält es die Aufsichtsbehörde für alle bundesunmittelbaren Krankenkassen für notwendig, bereits nach Ablauf eines Jahres und nicht erst nach drei Jahren Rechenschaftslegung der Kassen einzufordern.²⁹ Die Intention des Bundesversicherungsamtes ist dabei klar. Die Aufsichtsbehörde will schon frühzeitig trotz aller Plausibilitätsdarstellungen der Kassen nicht unwahrscheinlichen finanziellen Fehlentwicklungen entgegenwirken, um eine Nachkalkulation der Wahltarife nicht erst nach drei Jahren verlangen zu können. Unbeantwortet – und das völlig unabhängig von jeder Rechenschaftsfrist - bleibt dabei aber zunächst die Frage, wer bei einer notwendigen Nachkalkulation der Tarife die Beitragsverluste der fehl kalkulierten Periode zu tragen hat:

- *Die Teilnehmer am Wahltarif in der fehlerhaft kalkulierten Periode?*
- *Die Teilnehmer am nachkalkulierten Wahltarif?*
- *Die Versichertengemeinschaft insgesamt?*
- *Oder die den Wahltarif anbietende gesetzliche Krankenkasse?*

Die ursprünglichen Tarifwähler sind vor Nachkalkulation geschützt. Ist nämlich auf Grund einer Unterdeckung eine Verteuerung des Wahltarifs erforderlich, entsteht laut Bundesversicherungsamt ein neuer Tarif. Die Bindungswirkung für die Versicherten erlischt. Fazit: Welche Antwort auch immer auf diese Fragen gefunden wird, letztendlich werden – weil Krankenkassen als Sozialversicherungsträger kein haftendes Eigenkapital vorhalten müssen - immer die gesetzlich Versicherten selbst das Risiko der Fehlkalkulation tragen. Damit gereicht ein von einem Versicherten gewählter Wahltarif, der bei einer Unterkalkulation von Gesetzes wegen schon „illegal“ ist (Verbot der Quersubventionierung), kurzfristig zum Vorteil der Wahltarifteilnehmer, mittel- und langfristig aber immer zum Nachteil der gesamten Versichertengemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die vom Gesetz verbotene Quersubvention wird damit zum normalen Regelverstoß.

In der privaten Krankenversicherung stellt sich die Situation vollständig anders dar:

- *Eine Unterdeckung in einem Tarif nach dem 1. Jahr ist durch das umfassende Regelwerk der Kalkulation (Kalkulationsverordnung) und der verbundenen Sicherheitsregeln (Sicherheitszuschläge) von vornherein praktisch ausgeschlossen.³⁰*
- *Nach § 12 b Abs. 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) dürfen Unterkalkulationen zum Anfangszeitpunkt nicht nachgeholt werden.³¹ Eine Beitragsanpassung „erfolgt insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen.“ Verluste sind insoweit aus den Eigenmitteln des Unternehmens zu zahlen. Eine Position, die schon der Art nach bei der GKV gar nicht zur Verfügung steht.*

²⁹ Vgl. Bundesversicherungsamt (2007).

³⁰ Vgl. Vgl. Kalkulationsverordnung vom 18.11.1996.

³¹ Vgl. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), § 12b (2).

(3) Beitragsanpassung: Das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) sieht für optionale Wahltarife eine Bindungsfrist von mindestens 3 Jahren vor. Verändern sich allerdings die Tarifbedingungen (insbesondere die Prämienhöhe), werden also Beitragsanpassungen im Wahltarif vorgenommen, endet die Bindung des Versicherten an den gewählten Tarif automatisch. Eine derartige Beitragsanpassung wird unter anderem notwendig, wenn beispielsweise aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit (Unterkalkulation) eines in der Vergangenheit von einer Kasse angebotenen Wahltarifs die Genehmigung der beaufsichtigenden Behörde zurückgenommen wird oder aufgrund von Preissteigerungen (Preisänderungen bei Gesundheitsleistungen sind an der Tagesordnung) und Mehraufwendungen in einem Wahltarif die eigentlich erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen in Zukunft nicht mehr übereinstimmen werden. Für den Fall der Beitragsanpassung durch Unwirtschaftlichkeit von Wahltarifen hat das Bundesversicherungsamt die Genehmigung von Wahltarifen mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen. Für alle anderen Fälle fehlt es bei Wahltarifen in der GKV an einem umfangreichen Regelwerk zur Beitragsanpassung.

In der privaten Krankenversicherung ist die Beitragsanpassung dagegen umfangreichen Rahmenbedingungen unterworfen. Während eine Beitragsanpassung im Zuge einer Unterkalkulation in der PKV von vornherein ausgeschlossen ist, existieren für Beitragsanpassungen aufgrund zukünftiger, nicht kalkulierter Mehraufwendungen sogenannte „*auslösende*“ Faktoren. So schreibt das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) zwingend vor, dass private Versicherungsunternehmen für jeden kalkulierten Tarif zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen zu vergleichen hat. Ergibt sich in dieser Gegenüberstellung für einen Tarif eine nicht als vorübergehende Abweichung von mehr als 10 Prozent, hat das Unternehmen alle Prämien dieses Tarifs zu überprüfen und entsprechend anzupassen.³² Dabei dürfen die Prämienänderungen erst dann in Kraft treten, nachdem ein unabhängiger Treuhänder der Beitragsanpassung zugestimmt hat.³³ Zur Überprüfung, ob eine Beitragsanpassung mit den dafür bestehenden Vorschriften im Einklang steht, sind dem Treuhänder alle erforderlichen technischen Berechnungsgrundlagen sowie die hierfür notwendigen Nachweise und Daten vorzulegen.

(4) Beitragsstabilität: Viele der Wahltarife - beispielsweise die Zusatzversicherungen als Wahltarif in der GKV - sind altersabhängig kalkuliert. Allein das Merkmal „Alter“ entscheidet darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu tragenden Prämien sind. Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind dabei nicht unerheblich. Das zeigen die auf der nächsten Seite abgebildeten Tarife der AOK.³⁴ Gemäß Satzung der AOK Rheinland/Hamburg liegen zum Beispiel die monatlichen Beiträge für Wahltarife zur Kostenerstattung bei Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus oder Wahltarife zur Kostenerstattung bei Arzneimittel der besonderen Therapierichtung für über 65-jährige stets mindestens 450 % über den Beiträgen für unter 40-jährige. Diese ausgesprochen altersabhängige Beitragskalkulation von Wahltarifen ist in der GKV erforderlich, weil die Krankheitskosten altersabhängig sind, mit dem Alter ansteigen und dieser altersabhängigen Schadenshäufigkeit in einem umlagefinanzierten Versicherungssystem nicht mit einer risikoäquivalenten Vorsorge für das Alter – sogenannten Alterungsrückstellungen - begegnet werden kann. Fazit: In der GKV kann die Beitragsstabilität von (Zusatztarifen als) Wahltarife

³² Vgl. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), § 12b (2).

³³ Vgl. Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), § 12b (1).

³⁴ Vgl. Anhang 3 zur Satzung der AOK Rheinland/Hamburg.

nicht gewährleistet werden. Neben dem Bruch des Solidaritätsprinzips zwischen „Krank und Gesund“ (Risikoselektion) ist damit auch direkt das Solidaritätsprinzip zwischen „Alt und Jung“ ausgehöhlt worden.

**AOK-Tarif zur Kostenerstattung bei Wahlleistung
„Ein- oder Zweibettzimmer“ im Krankenhaus (gemäß AOK-Satzung)**

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

**AOK-Tarif für die Kostenerstattung für Arzneimittel
der besonderen Therapierichtung (gemäß AOK-Satzung)**

Altersklassen	Monatsprämie in EUR
bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres	20,40
bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres	54,80
nach Vollendung des 65. Lebensjahres	130,80

Im Gegensatz zum in der gesetzlichen Krankenversicherung gebräuchlichen Umlageverfahren werden in der PKV die Beiträge solcher Ergänzungsversicherungen auf versicherungsmathematischer Grundlage vorwiegend nach Art der Lebensversicherung berechnet. Bei der Ermittlung des Beitrages zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses wird einkalkuliert, dass die Versicherungsleistungen im Lauf der Zeit durch Schadenshäufigkeit und Schadenshöhe altersbedingt steigen. Dem Prinzip der Kapitaldeckung folgend werden Alterungsrückstellungen gebildet. Zum Aufbau von Alterungsrückstellungen entrichtet der PKV-Versicherte mit seinem Versicherungsbeitrag neben einem Risikoanteil für das gegenwärtige Krankheitsrisiko zugleich einen Sparanteil für das mit dem Alter kontinuierlich ansteigende Krankheitsrisiko. Die Differenz zwischen dem tatsächlich zu zahlenden Beitrag und den rechnerischen Risikokosten für Gesundheitsleistungen in relativ jungen Versicherungsjahren wird in den Alterungsrückstellungen verzinslich angelegt. Liegen in späteren Lebensjahren die rechnerischen Krankheitskosten über dem tatsächlichen Beitrag, wird die Differenz aus den Alterungsrückstellungen finanziert. Ergebnis: Bei konstantem Leistungsumfang der Versicherungsleistungen kann allein durch das Altern eines Versicherten (\neq höhere Lebenserwartung) der Versicherungsbeitrag nicht steigen. Beitragsstabilität ist im Gegensatz zu Wahltarifen in der GKV gewährleistet.

Der hinsichtlich **Erstkalkulation, Nachkalkulation** und **Beitragsanpassung** vorgenommene Vergleich der Kalkulationsgrundlagen zwischen GKV und PKV deckt grundlegende Defizite bei der Kalkulation von Wahltarifen in der GKV auf. Es fehlt an grundsätzlichen, umfassenden und detaillierten Spielregeln, wie bei der Kalkulation von Wahltarifen in der GKV versicherungsmathematisch verfahren werden muss. Pendant zur in der PKV geltenden Kalkulationsverordnung (KalV) und zum Versi-

versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Damit wird zusammenfassend deutlich:

- (1) Von den Anreiz- und Kalkulationsstrukturen her ist ein Wahl- oder Zusatztarifangebot der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Quersubventionierung zwischen Wahltarif und Normaltarif nicht vorstellbar.
- (2) Der Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung ist beim Angebot von Wahl- und Zusatztarifen nicht nur aus kalkulatorischen Gesichtspunkten, sondern auch angesichts des Adressenmonopols der GKV geradezu „hoffnungslos“ zu Ungunsten der PKV verzerrt.
- (3) Der Verbraucherschutz bleibt bei Wahltarifen in der GKV auf der Strecke. Denn ein GKV-Versicherter, der sich für ein wie auch immer geartetes Wahl- oder Zusatzprodukt seiner Kasse entscheidet, hat keine Gewähr dafür, dass die Beitragsentwicklung nach verlässlichen und im Vorhinein feststehenden Spielregeln abläuft. Der Versicherte muss mit altersabhängigen Mehrbelastungen rechnen und kann nicht einmal darauf vertrauen, dass - weil Zusatz- oder Wahltarife theoretisch jederzeit durch die Aufsicht als auch durch die anbietende Kasse aufkündbar sind - Zusatzleistungen lebenslang gewährt werden.
- (4) In der PKV gilt aus guten Gründen stets lebenslanger Versicherungsschutz. Für das Risiko der dauerhaften Erfüllbarkeit der Verträge steht das Versicherungsunternehmen unter anderem mit dem Ertrag oder dem Eigenkapital ein.
- (5) Risikoträger der Fehlkalkulation von Wahltarifen wird in der GKV der Versicherte. In der PKV ist dies üblicherweise das Unternehmen. Denn das Tragen von Kalkulationsrisiken ist geradezu der Geschäftszweck einer Versicherung. Diese Risiken - wie bei den Wahl- und Zusatztarifen der GKV der Fall - auf den Versicherten zu übertragen, führt geradezu zu einer Absurdität des Versicherungsgedankens.

2.5 Rationalität der Unterkalkulation

Mit den Wahltarifen in der GKV eröffnet das Wettbewerbsstärkungsgesetz den Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt im Wettbewerb um Versicherte ein wichtiges Wettbewerbsfeld. Der Wettbewerb innerhalb der GKV wird sich hier verschärfen. Gerade deshalb und weil – wie erörtert – im Zuge mangelnder Spielregeln bei der Kalkulation von Wahltarifen eine Unterkalkulation zu Lasten der Versicherten nicht ausgeschlossen ist, muss in diesem Zusammenhang die nicht unerhebliche Frage beantwortet werden, wie sich die Krankenkassen in diesem Wettbewerb (strategisch) verhalten. Gibt es einen strategischen Anreiz zum Angebot von Wahltarifen? Existiert eine Rationalität der Unterkalkulation?

Der Wettbewerb der Kassen ist heute schon auf das Jahr 2009 ausgerichtet. Mit Implementierung des Gesundheitsfonds wird die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt. Die Kassen müssen dann einen allgemeinen Beitragssatz und die sehr beschränkte Möglichkeit eines von in der Höhe limitierten Zusatzbeitrages akzeptieren. Da dieser Zusatzbeitrag dann den einzig verbleibenden und von den Versicherungsnehmern wahrzunehmenden Preisparameter im Wettbewerb darstellen wird, liegt es stets im strategischen Interesse aller Kassen einen Zusatzbeitrag ab 2009 möglichst zu vermeiden. Wenn möglich wollen die Krankenkassen alle einen positiven Zusatzbeitrag an die Versicherten auszahlen.

Unter diesen zu erwartenden Wettbewerbsbedingungen im Zuge der Einführung des Gesundheitsfonds eignen sich die Wahltarife in der GKV in der Gegenwart als Instrument der Mitgliederbindung und -gewinnung. Dabei geht es mittels (finanzieller) Vorteilsgewährung für die Teilnehmer an Wahlтарifen vor allem um gute Risiken. Diese finanziellen Anreize können zwar – weil wahrscheinlich Mitnahmeeffekte dominieren - zu Defiziten führen, die daraus resultierenden Beitragssteigerungen reichen den Krankenkassen aber nicht zwingend zum Wettbewerbsnachteil, wenn derartige Defizite - was aufgrund der Anreizstrukturen und Tarifkonstruktionen nicht unwahrscheinlich ist - flächendeckend bei fast allen Kassen anfallen. Dann nämlich werden die Fehlbeträge später durch den Gesundheitsfonds und den damit einhergehenden entsprechend höher festzusetzenden einheitlichen Beitragssatz über alle Kassen solidarisiert. Umgekehrt formuliert heißt das: Die Befürchtung von Beitragssatzsteigerungen wird das Angebot von Wahlтарifen nicht unbedingt beschränken. Aus Sicht der Krankenkassen ist es stets rational, Wahlтарife (mit finanzieller Vorteilsgewährung) anzubieten. Die Praxis bestätigt das. Ein transparenter Überblick über angebotene, geplante oder in Zukunft denkbare Wahlтарife in der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen schwierig geworden.

Der strategische Anreiz der GKV beschränkt sich aber nicht nur auf das Angebot von Wahlтарifen, sondern kann auch zu einer Unterkalkulation von Wahlтарifen führen. Denn für jede einzelne Kasse ist es in Voraussicht der Wirkung des Gesundheitsfonds für sich genommen rational, mittels finanziell besonders attraktiver Wahlтарifangebote vor allem gute Risiken an die Krankenkasse zu binden. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass sich die Krankenkassen bewusst oder unbewusst einer Unterkalkulation von Wahlтарifen bedienen und sich dabei die mangelnden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen „Spielregeln“ zur wirtschaftlichen Kalkulation von Wahlтарifen in der GKV zu nutze machen. Selbst das Szenario, dass die Rücknahme der Genehmigung von Wahlтарifen durch die Aufsichtsbehörde von den Krankenkassen zu Gunsten eines mindestens ein Jahr lang andauernden Wettbewerbsvorteils billigend in Kauf genommen wird, ist dabei denkbar. All diese strategischen Anreize sind existent und dominant – und das, obwohl sich die GKV als Einheit und damit auch die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten finanziell besser stellt, wenn die einzelnen Kassen auf (Beitragsausfälle verursachende) Wahlтарife verzichten würden. Spieltheoretisch liegt damit das Gefangenendilemma vor. Ein „Nicht-Nullsummen-Spiel“, das zeigt, wie individuell rationale Entscheidungen zu kollektiv schlechteren Ergebnissen führen können. Zur Überwindung dieses wohlfahrtsmindernden Dilemmas erörtern die Spieltheoretiker sogenannte Kooperationen, die dazu führen sollen, dass die individuellen Akteure zum Wohle der Gesamtheit vermeintlich irrational auf eine individuell-rationale Entscheidung verzichten. Angesichts der Kürze der Zeit bis zum Start des vereinheitlichenden Gesundheitsfonds und angesichts fehlender langfristiger Sanktionen beim Angebot unterkalkulierter Wahlтарife sind derartige Kooperationen zu Gunsten eines Verzichts auf kurzfristig Wettbewerbsvorteile schaffende Wahlтарife wahrscheinlich von vornherein zum Scheitern verurteilt.

3 Fazit und Schlussfolgerung

Unabhängig davon, wie optionale oder obligatorische Wahlтарife und Zusatzversicherungen als Wahlтарif in der GKV ökonomisch zu bewerten sind, öffnet das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) mit diesen Tarifen die gesetzliche Krankenversicherung für Elemente der Privatversicherung, nämlich unter anderem der Freiwilligkeit

des Zugangs zum Versicherungstarif, der Leistungsäquivalenz oder des Beitrags nach individuellem Risiko. Damit berührt der Gesetzgeber die rechtliche Position der privaten Krankenversicherung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Zugleich werden die rechtliche Legitimation der GKV als Sozialversicherung und deren Verwaltungsmonopole in Frage gestellt. Für das deutsche Krankenversicherungssystem muss demzufolge die Frage beantwortet werden, ob die Krankenkassen weiterhin nicht als Unternehmen zu begreifen sind und ob sie weiterhin die Kriterien für eine Freistellung vom unternehmerischen Wettbewerb erfüllen beziehungsweise ob doch das europäische Kartellrecht zu gelten hat.³⁵

Ausgangspunkt einer Antwort auf diese Frage ist das europäische Gemeinschaftsrecht. Dieses „lässt ... die gesundheitspolitische Kompetenz der Mitgliedstaaten unberührt, achtet aber wegen der wettbewerbshindernden Strukturen sozialer Zwangsversicherungen auf Systemkonsequenz, das heißt darauf, dass das mitgliedstaatliche Sozialversicherungssystem tatsächlich in einem Maße verwirklicht, das es rechtfertigt, auf eine nähere Prüfung der Wettbewerbsbeeinträchtigung zu verzichten.“³⁶ Bei diesem Verzicht der Prüfung der Wettbewerbsbeeinträchtigung spielt der Status „Sozialversicherung öffentlichen Rechts“ respektive der Begriff des Unternehmens eine große Rolle. Der Europäische Gerichtshof verneint die Unternehmereigenschaft der Sozialversicherungsträger nur dann, wenn sie nach dem Grundsatz der nationalen Gesamtsolidarität ohne Gewinnzweck arbeiten. Unter anderem die Pflichtmitgliedschaft, die Einkommensabhängigkeit der Beiträge, Ausnahmen von der Beitragspflicht für besonders schutzwürdige Gruppen und Umlagefinanzierung seien Hinweise für die Klärung der Frage, ob ein solidarisches System bejaht werde oder nicht.³⁷ Alle diese Kriterien wären bei Wahlleistungsangeboten in einer Sozialversicherung betroffen. So könnte das Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Relativierung des Solidarsystems enthalten. Die Immunität der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber dem europäischen Kartellrecht wäre zumindest in Zweifel zu ziehen.³⁸

Die Diskussion dieser Rechtsaspekte ist und war nicht Ziel dieses Beitrags. Die Aufgabe einer weitergehenden und detaillierten rechtlichen Bewertung von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen in der GKV sei den Rechtsexperten vorbehalten. Aber als politisches Fazit sollte auf die Tatsache hingewiesen werden, dass die europarechtlichen Bedenken mit einem sehr großen politischen Risiko einhergehen. Dieses Risiko wird von der Politik und den Verfechtern der Wahlтарife eingegangen, wenn sie für die „Spielwiese“ rund um die Wahlтарife in der GKV den Status der GKV als Sozialversicherung inklusive aller Privilegien europarechtlich gefährden und damit eine Entwicklung der gesetzlichen Krankenkassen hin zum Unternehmen mit voller Unternehmereigenschaft anstoßen. Am Ende einer derartigen Entwicklung droht nämlich als politisches Folgerisiko nicht nur der Verlust des kollektiven Vertragsrechts, sondern auch der Verlust der Erlaubnis des Angebots einer Monopolversicherung in der Form der in Deutschland geltenden Versicherungspflicht. Denn ein zum Unternehmen mutierte „gesetzliche“ Kasse kann es europarechtlich niemals vorbehalten sein, unvermeidlicher Pflichtversicherer für das Krankheitskostenrisiko zu sein. Die monopolistische Versicherungspflicht wäre nicht mehr gestattet. Die Versicherungspflichtgrenze müsste aus europarechtlichen Gründen letztlich auf Null gesetzt werden.³⁹

³⁵ Vgl. Hovermann, E. (2007), 4.

³⁶ Vgl. Kingreen, T. (2007).

³⁷ Vgl. EuGH vom 17.2.1993.

³⁸ Vgl. Kingreen, T. (2007).

³⁹ „Wer Wettbewerb sät, wird eben irgendwann auch wettbewerbsrecht ernten.“ Kingreen, T. (2007), S. 113.

Nur noch eine Pflicht zur Versicherung ließe sich rechtfertigen – und diese könnte nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz auch in der privaten Krankenversicherung erfüllt werden. Der damit verbundene und entstehende strategische Anreiz für die PKV sollte dabei nicht unterschätzt werden.

Literaturverzeichnis

AOK Rheinland/Hamburg (2007), *Die Gesundheitskasse, Satzung, Anhang 3.*

Bundesversicherungsamt (2007), *Anschreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV, hier: Wahltarife gemäß § 53 SGB V, 13.3.2007.*

Europäischer Gerichtshof, Urteil vom 17.12.1993.

Felder, S.; Werblow, A. (2006), *Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 11.*

Gesetzliche Krankenversicherung (2006), *Gemeinsame Stellungnahme der GKV zum Entwurf eines GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz.*

Hovermann, E- (2007), *Anmerkungen zu den Wahlтарifen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Juni 2007, S. 7-9.*

Jacobs, K. (2007), *Drohender Verlust an Solidarbeiträgen, in: Festschrift Prof. Dr. Wille, zusammengefasst von: Der gelbe Dienst 10.4.2007, S. 3 ff.*

Kalkulationsverordnung (1996), *Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (KalV), 18.11.1996.*

Kingreen, T. (2007), *Europarechtliche Implikationen des Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung.*

Kingreen, T. (2007), *Die Annäherung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus europarechtlicher Perspektive, in: Die Ersatzkasse, 3/2007, S. 112-113.*

Kühn-Mengel, H. (2007), *Ärzte Zeitung vom 11.4.2007.*

Malin, E.- M.; Schmidt, E.- M. (1995), *Beitragsrückzahlung in der GKV: ein Instrument zur Kostendämpfung?, in: Die Betriebskrankenkasse 12/1995, S. 759-763.*

Nolting, H.-D.; Berger, U.; Reschke, P.; Sehlen, S. (2003), *Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse, Solidarverträglicher Selbstbehalt, IGES Berlin.*

Paquet, R. (2007), *die janusköpfige Chance: Wahlтарifen als Wettbewerbsrisiko für die GKV, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, April 2007, S. 3-6.*

Paquet, R.; Stein, M. (2007), Keine reine Freude an den Wahlтарifen – Umfrage zeigt kritische Verbraucher, in: *Die Betriebskrankenkasse* 05/2007, S. 192-196.

PKV-Verband (2007), Pressemitteilung vom 25.4.2007.

Schellhorn, M. (2001), The Effect of Variable Health Insurance Deductibles on the demand for Physician Visits, in: *Health Economics*, 10 (5), S. 441-456.

Schellhorn, M. (2002), Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (2002), 4, S. 411-426.

Schmitz, M. (2007), als TK- Sprecher zitiert in: Schnack, D. (2007), Patienten-Selbstbehalt – das gibt neue Probleme in Hausarztpraxen, in: *Ärzte Zeitung* vom 7.2.2007.

Spieth, F. (2007), Pressemitteilung vom 24.5.2007, DIE LINKE im Bundestag, Pres-sedienst.

Surminski, A. (2006), Die PKV im Jahre 2005, in: *Zeitschrift für Versicherungswesen* 20/2006, S. 620-640.

TK spezial Schleswig-Holstein (2005), Informationen zu Krankenversicherung und Gesundheitswesen, Nr. 3, Oktober 2005.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), Gesetz über die Beaufsichtigung der Versi-cherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG, 17.12.1992).

Werblow, A. (2002), Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der ge-setzlichen Krankenversicherung, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (2002), 4, S. 427-436.

Winkel, R. (2007), Mehr Risiken als Chancen: Die neuen Wahl-Tarife der gesetzli-chen Kassen, in: *Soziale Sicherheit* 3/2007, S. 110-112.

Winkelhake, O.; John, J. (2000), Probleme der Einführung von Wahlтарifen, Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehaltтарifen in die gesetzliche Krankenversi-cherung, in: *Sozialer Fortschritt* 4/2000, S. 75-85.