



Rheinische Fachhochschule Köln
University of Applied Sciences
Institut für Medizin-Ökonomie &
Medizinische Versorgungsforschung

Leitfaden Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen

(einschließlich eines Wahltarife-Bewertungsmodells)

ISBN-Nr.: 978-3-9811139-2-1

Herausgeber:

Ulrich K. (1), Riedel R. (1), Rolle M. (2), Worringer M. (1)

- 1) **Institut für Medizin-Ökonomie und Medizinische Versorgungsforschung**
(Dir. Prof. Dr.med. Dipl.-Kfm. [FH] Rainer Riedel), RFH Köln
- 2) **BARMER Ersatzkasse Hauptverwaltung**
Lichtscheider Str. 89, 42285 Wuppertal

Anschrift für die Herausgeber:

Prof. Dr.med. Dipl.-Kfm. (FH) Rainer Riedel
Institut für Medizin-Ökonomie und Medizinische Versorgungsforschung
Schaevenstr. 1a/1b
50676 Köln

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Einleitung	2
2 Die gesetzliche Krankenversicherung	3
2.1 Solidaritätsprinzip	3
2.2 Sachleistungsprinzip.....	4
2.3 Kostenerstattungsprinzip in der GKV und PKV.....	5
3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	6
3.1 Neuordnung der GKV-Finanzierung	8
3.1.1 Gesundheitsfond	8
3.1.2 Zusatzbeitrag.....	11
3.2 GKV-Wahltarife.....	12
3.2.1 Versorgungsbezogene Wahltarife	12
3.2.2 Monetäre Wahltarife	15
3.2.2.1 Selbstbehalttarif (§ 53 Abs. 1 SGB V)	16
3.2.2.2 Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit (§ 53 Abs. 2 SGBV)	16
3.2.2.3 Kostenerstattungstarif (§ 53 Abs. 4 SGB V)	17
3.2.2.4 Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 53 Abs. 5 SGB V)	17
3.2.2.5 Tarif für Leistungsbeschränkung (§ 53 Abs. 7 SGB V).....	18
3.3 Ausblick und Änderungen 2009 - "Krankengeld-Wahltarife" nach § 53 Abs. 6 SGB V:	19
3.4 Vergleich einzelner Wahltarife der größten GKVen.....	20
3.4.1 BARMER Ersatzkasse (rund 5,27 Mio. Mitglieder).....	22
3.4.2 DAK (rund 4,67 Mio. Mitglieder)	25
3.4.3 Techniker Krankenkasse (rund 4 Mio. Mitglieder)	28
3.4.4 AOK.....	31
3.4.5 Kaufmännische Krankenkasse (rund 1,4 Mio. Mitglieder)	38
3.4.6 Knappschaft Bahn-See (ca. 1,6 Mio. Mitglieder)	40
3.4.7 Gmünder Ersatzkasse (rund 1,1 Mio. Mitglieder)	41
3.4.8 Deutsche BKK (rund 762.000 Mitglieder)	41
3.4.9 BKK Mobil Oil (rund 664.000 Mitglieder)	43
3.4.10 Taunus BKK (rund 515.000 Mitglieder)	44
3.4.11 BKK Essanelle (ca. 250.000 Mitglieder)	45
3.4.12 Vereinigte IKK (rund 705.000 Mitglieder)	47

4	Bewertung der Wahltarife.....	50
5	Fazit	65
	Anhang.....	67
	Abbildungsverzeichnis	77
	Tabellenverzeichnis	78
	Abkürzungsverzeichnis	80
	Literaturverzeichnis	81

Abstract

Diese Open - Source Studie stellt eine Übersicht über die aktuellen Wahltarife der 18 größten deutschen gesetzlichen Krankenkassen dar. Ziel dieser Arbeit ist es, eine Übersicht für die jeweils kassenindividuellen Wahltarife abzubilden und gegenüberzustellen.

Im Rahmen einer Nutzwert-Analyse wird ein Bewertungssystem für eine Vergleichbarkeit der Wahltarife vorgestellt, welches dem Versicherten ermöglichen soll, den für ihn besten Wahltarif zu finden.

Darüber hinaus wird aufgezeigt, für welche Versichertengruppen welche Tarife empfehlenswert sein können.

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf dem Grundgedanken der Solidarität. Dies bedeutet, dass alle Personen, die der Versicherungspflicht unterliegen oder die Voraussetzungen der Versicherungsberechtigung zum Beitritt der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen (freiwillige Versicherung), einen bestimmten Prozentsatz bzw. Betrag ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden und dafür einkommensunabhängig dieselben Leistungen erhalten.

Mit der Idee, den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern, wurden im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Grundzüge der privaten Krankenversicherung auch für gesetzlich Versicherte eingeführt.

Seit dem 1. April 2007 haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Hierdurch wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, sich im zunehmenden Wettbewerb untereinander mittels neuer Wahltarife auf die individuellen Versichertenbedürfnisse auszurichten. Darüber hinaus kann eine breite Etablierung dieser neuen Wahltarife-Kultur im Krankenversicherungsmarkt auch eine Bewusstseinsveränderung der Versicherten bedingen.

Von daher haben die gesetzlichen Krankenkassen eine große Anzahl von Wahlтарifen mit unterschiedlichen Gestaltungskriterien in ihr Tarifangebot aufgenommen. In Folge dessen müssen Versicherte, die einen Wahlтарif abschließen möchten, Ihre Entscheidung auf der Basis eines Tarifvergleichs der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen treffen.

Im Rahmen dieses Leitfadens „Wahlтарife der gesetzlichen Krankenversicherungen“, sollen die relevanten Eckpunkte zum Themenkreis „Wahlтарife“ zusammengefasst werden.

Exemplarisch werden die Wahlтарife der 18 größten gesetzlichen Krankenkassen (Stand I. Quartal 2008) gegenübergestellt. Hierdurch werden die Wahlтарife für einen GKV-Markt von rd. 75% der 50.470.000 Mitglieder abgedeckt. Hierzu zählen nicht die mitversicherten Familienangehörigen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde bei der Erstellung des Leitfadens auf eine parallele Verwendung der weiblichen und männlichen Schriftform verzichtet.

2 Die gesetzliche Krankenversicherung

2.1 Solidaritätsprinzip

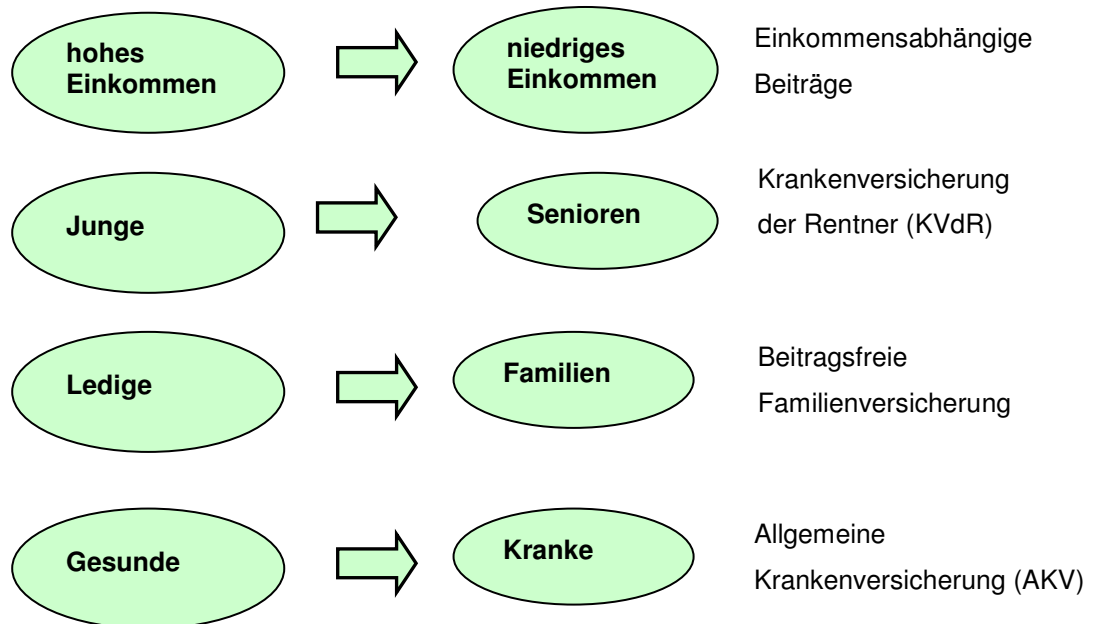
Das zentrale Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall ist nach §§ 1 und 3 SGB V das Solidaritätsprinzip. Dieses Solidarprinzip bedeutet, dass unabhängig von der sozialen Leistungsfähigkeit eines Beitragszahlers alle Versicherten die gleichen Leistungen in Anspruch nehmen können:

- Gesunde und Kranke
- Junge und Senioren
- Ledige und Familien
- Einkommensunabhängigkeit

Auch wenn nicht jeder Versicherte den gleichen Betrag zahlt, so hat doch jeder den gleichen Anspruch auf die Leistungen seiner Krankenversicherung. Jeder Versicherungsnehmer zahlt den jeweils noch bis zum 31.12.2008 gültigen individuellen Beitragssatz seiner Krankenkasse auf sein beitragspflichtigen Einkommen, bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze von derzeit 48.150 Euro. Ab dem 01.01.2009 wird von allen gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz erhoben, gegebenenfalls ergänzt um etwaige Zusatzbeiträge.

Somit richten sich die Beiträge nach der finanziellen Leistungsfähigkeit, während der Anspruch auf die medizinische Leistung jedoch unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge bestehen bleibt¹. Der Krankenversicherungsschutz richtet sich nach dem Maß seiner Bedürfnisse (§1 SGB V).

¹Vgl. Rainer Pitschkas, Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform, 2005, S.62

Abbildung 1: **Solidarausgleich in der GKV**

Quelle: Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.54

2.2 Sachleistungsprinzip

Das Leistungsprinzip der gesetzlichen Krankenkassen beruht im Krankheitsfall auf dem Sachleistungsprinzip.

Die gesetzlichen Krankenkassen schließen Verträge mit den medizinischen Leistungserbringern. In diesen Verträgen verpflichten sich die Leistungserbringer zur Behandlung der Versicherten, während sich die gesetzlichen Krankenkassen zur Zahlung der vereinbarten Vergütungen verpflichten.

Die Versicherten erhalten eine Krankenversicherungskarte, gegen deren Vorlage sie die Leistungen von den Leistungserbringern (z.B. Vertragsärzte, Krankenhäuser, Apotheken) erhalten. Die sich hieraus ableitbaren

Vergütungsansprüche der Leistungserbringer werden von den gesetzlichen Krankenkassen erfüllt.

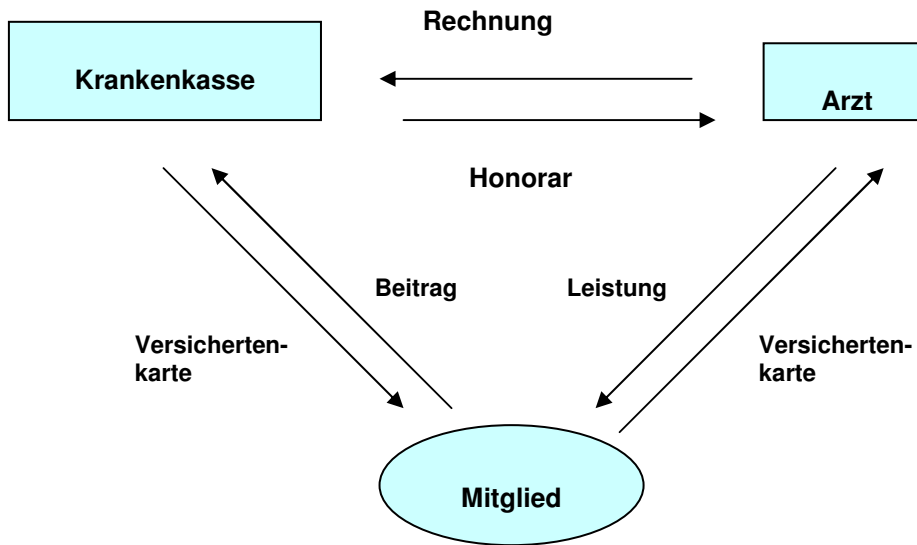


Abbildung 2: **Das Sachleistungsprinzip.**

Quelle: Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.61

2.3 Kostenerstattungsprinzip in der GKV und PKV

In der GKV erhält der Versicherte die ihm zustehenden gesetzlichen Krankenkassenleistungen auf der Basis des Sachleistungsprinzips.

In der PKV wird, im Gegensatz zur GKV, das Kostenerstattungsprinzip nach § 13 SGB V angewendet. Das bedeutet, dass der Empfänger der Leistung die hiermit verbundene Honorarrechnung bezahlt und diese danach bei seiner Versicherung zur Regulierung einreicht. Die Versicherung erstattet ihm daraufhin den vollen Betrag oder einen zuvor festgelegten Teilbetrag der Honorarrechnung.

Die privaten Krankenversicherungen schließen i.d.R. keine Versorgungsverträge mit Ärzten oder Krankenhäusern, es gibt somit auch keine für die PKV zugelassenen Leistungserbringer. Die Versicherten der PKV können die Leistungserbringer frei wählen und sind deren Vertragspartner.

Die Vergütung erfolgt über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In der GKV stand bis zum GKV-WSG nur freiwillig Versicherten die Möglichkeit der Kostenerstattung offen. Seit dem 01.04.2007 können auch gesetzlich Pflichtversicherte, unter bestimmten Voraussetzungen, in den Kostenerstattungstarif* zu wechseln (siehe Kapitel 3.2). Die Leistungsabrechnung der Ärzte gegenüber den Versicherten erfolgt dann auf der Basis des EBM (Einheitlicher Bemessungsmaßstab für Ärzte).

3 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Am 01.04.2007 ist das GKV-WSG in Kraft getreten. Es enthält mehrere Änderungen, die zwischen 2007 und 2011 eingeführt werden sollen, um den Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen, aber auch zwischen GKV und PKV zu fördern. Außerdem soll es die Transparenz verbessern und die Patientensouveränität stärken². Die folgende Darstellung zeigt, wann welche Änderungen im Rahmen dieses Gesetzes eintreten bzw. eingetreten sind.

* gilt für Wahltarife der GKV nur im ambulanten Versorgungsbereich

² Vgl. Orłowski/Wasem, Gesundheitsreform 2004 GKV-Modernisierungsgesetz, S. 30

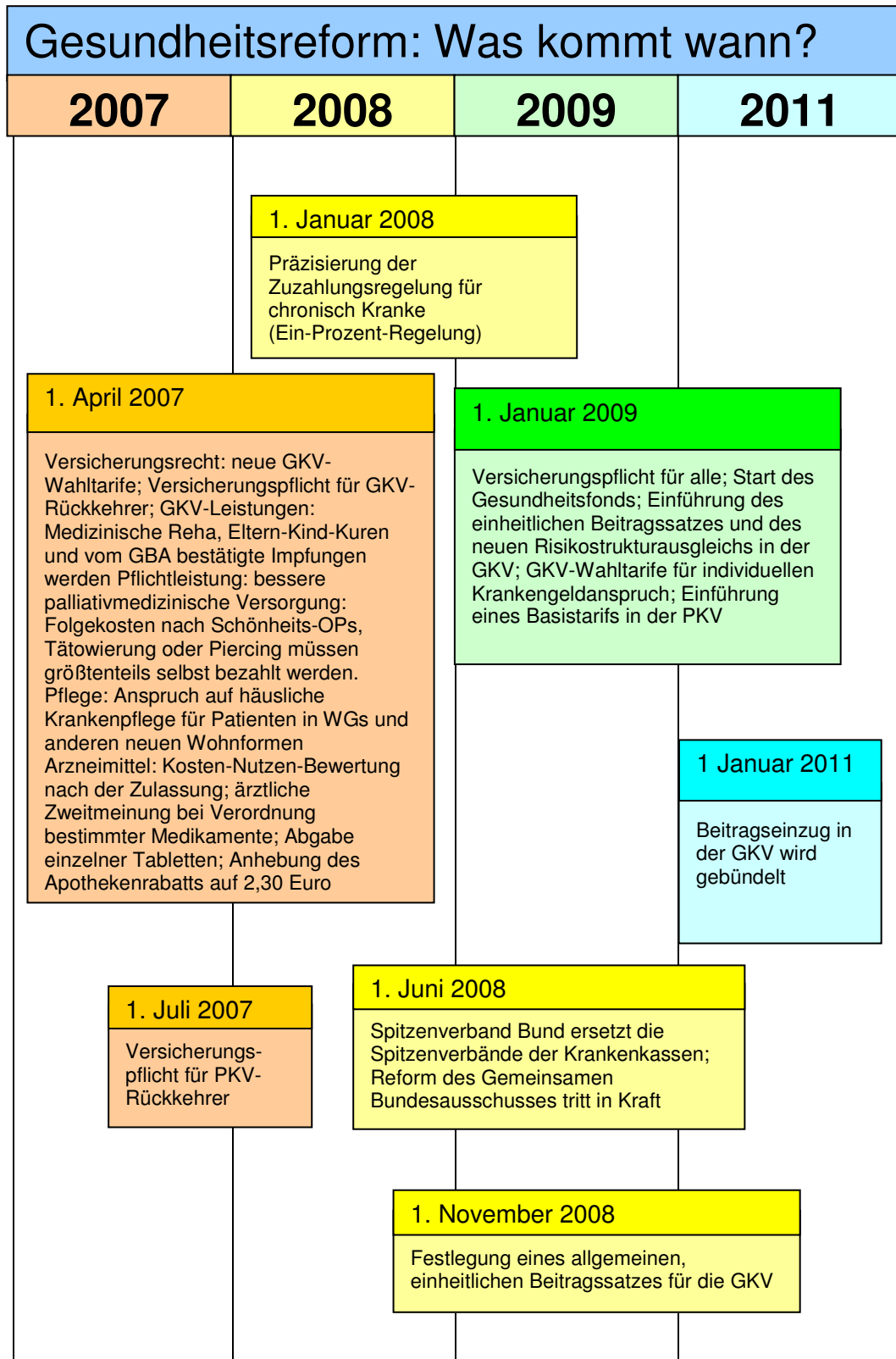


Abbildung 3: GKV-WSG: Was kommt wann

Quelle: eigene Abbildung in Anlehnung an AOK-Bundesverband

3.1 Neuordnung der GKV-Finanzierung

Um die Finanzierung der GKV auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage zu stellen, die Effizienz und Qualität zu verbessern und den Wettbewerb um eine bessere Krankenversorgung zu intensivieren, sieht diese Reform eine Vielzahl neuer Finanzierungsregelungen vor.

3.1.1 Gesundheitsfond

Die Beiträge der Versicherten setzen sich wie bisher aus den zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragenen Beiträgen, zuzüglich der seit 01.07.2005 festgelegten 0,9 Prozentpunkte, die nur von Arbeitnehmern für die aus der paritätischen Finanzierung ausgegliederten Leistungen zu tragen sind, zusammen. Gegebenenfalls werden diese um krankenkassenindividuelle Zusatzbeiträge ergänzt.

Ab dem 01.01.2009 werden die vereinnahmten Beitragszahlungen von den gesetzlichen Krankenkassen an den Gesundheitsfond weitergeleitet. Der Beitragssatz wird dann nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen individuell bestimmt, sondern durch Rechtsverordnung bundesweit einheitlich prospektiv für das nächste Jahr festgelegt. In diesem Punkt wird somit die Entscheidungskompetenz der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen auf den Staat übertragen.

Für das Jahr 2009 wird der bundeseinheitliche Beitragssatz 15,5% betragen. Hierin sind die vom Beitragszahler selbst zu finanzierenden 0,9% enthalten. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz beläuft sich somit auf 14,6%.

Ab 2008 sollen darüber hinaus 1,5 Mrd. Euro aus Steuermitteln dem Gesundheitsfond zufließen; dieser Steuerzuschuss für mitversicherte Kinder soll auf bis zu € 14 Mrd. über die kommenden Jahre erhöht werden.

Zum Start des Gesundheitsfonds muss die Leistungsfinanzierung zu 100% gedeckt sein; ab dem Jahr 2010 muss durch die Beitragseinnahmen eine

Mindestquote von 95% sichergestellt sein³. Die Deckung des Restbetrages erfolgt durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen von bis zu einem 1% des beitragspflichtigen Einkommens. Bis zu einem Betrag von acht Euro monatlich bedarf es keiner Einkommensprüfung.

Aus dem Gesundheitsfond erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten eine sog. Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen GKV-Pro-Kopf-Ausgaben. Neben den bisherigen Aspekten wie Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminderungsrenten, wird zukünftig im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auch die Krankheitslast der Krankenkassen berücksichtigt. Dies geschieht anhand von 80 ausgewählten Krankheiten. So erhalten die Krankenkassen weitere Zuschläge für diese ausgewählten Erkrankungen, damit die durchschnittlich von dieser Krankheit verursachten Kosten Berücksichtigung finden. Eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten hätte ansonsten gegenüber einer Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten finanzielle Nachteile zu tragen. Das Solidarprinzip in der GKV wäre also an diesem Punkt aufgehoben. Von daher gründet sich der RSA auf drei Säulen:

1. Zu- und Abschläge für Alter und Geschlecht der Versicherten
2. Zuschläge bei Erwerbsminderung
3. Krankheitszuschläge

Damit die 80 Krankheiten berücksichtigt werden können, müssen die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten mindestens 50% höher sein, als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungsausgaben (§ 31 Abs.1 Satz 3 und 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung RSAV)

Zum jetzigen Zeitpunkt steht jedoch noch nicht fest, welche in Betracht kommenden Erkrankungen mit welchem €-Betrag berücksichtigt werden⁴. Ab

³ Vgl. KKH-Broschüre 2007, S.1,
www.angestelltenkrankenkasse.de/kkh2006/BROSCHURES621.pdf, am 03.04.08

⁴ Vgl. AOK-Bundesverband-Politik-Themen-Risikostrukturausgleich, www.aok-bv.de, am 05.03.08

November 2008 wird das Bundesversicherungsamt die Höhe der Grundpauschalen sowie die Zuschlagshöhen berechnen und bekannt geben. Hohe Leistungsausgaben in Folge von Akuterkrankungen sowie die Multimorbidität werden in einem auf den Ausgleich von Folgekosten ausgerichteten Morbi-RSA jedoch nicht angerechnet. Erreichen mehrere Krankheiten eines Versicherten einzeln gesehen nicht den Schwellenwert, findet voraussichtlich auch die Kombination dieser keine Anrechnung⁵.

Beispiel: Multimorbidität und 50-Prozent-Schwellenwert

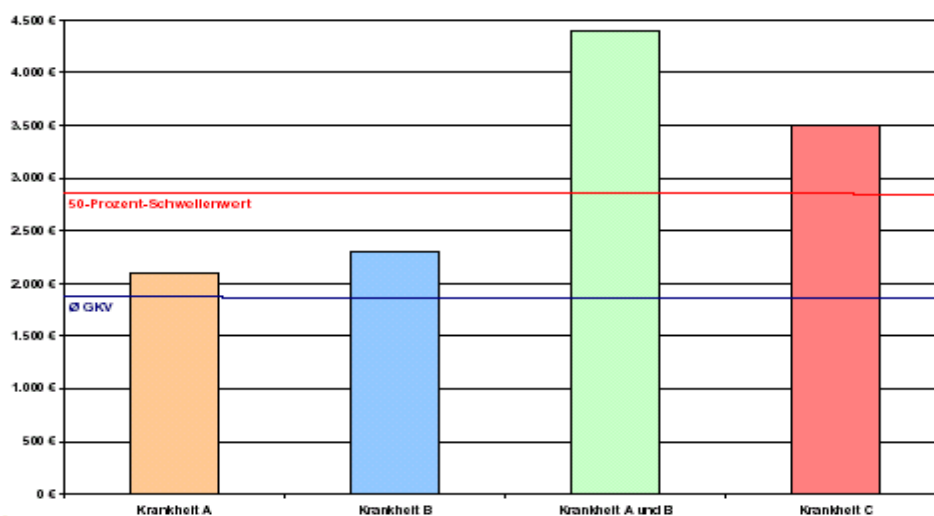


Abbildung 4: Multimorbidität und 50-Prozent-Schwellenwert

Quelle: KKH-Broschüre 2007, S. 9,
www.angestelltenkrankenkasse.de/kkh2006/BROSCHURES621.pdf, am 03.04.08

Wird ein Überschuss erwirtschaftet, kann dieser an die Versicherten ausgeschüttet, oder in Form von zusätzlichen Leistungen gewährt werden.

Sind jedoch die Ausgaben höher als die Einnahmen, muss die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben oder kassenspezifische Leistungen kürzen⁶.

Der zusätzlich erhobene Beitrag soll somit laut §§ 269, 270 SGB V, §§ 31-34 RSAV zum zentralen Parameter im Kassenwettbewerb werden und wird die

⁵ Vgl. KKH-Broschüre 2007, S.2/3,
www.angestelltenkrankenkasse.de/fileserver/kkh2006/BROSCHURES621.pdf, am 03.04.08

⁶ Vgl. Institut für Medizinische Soziologie, Diskussionspapier 2007-1, Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik, Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen, S.8

gesetzlichen Krankenkassen dazu veranlassen, noch wirtschaftlicher zu arbeiten als heute.

Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass das Insolvenzrecht per Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) ab Januar 2010 für alle gesetzlichen Krankenkassen gelten soll. Diese Situation erhöht den kasseninternen Druck, die unternehmerischen Formen an betriebswirtschaftlichen Strukturen anzupassen.

Hinweis: Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds können Sie einer weiteren in der Vorbereitung befindlichen Veröffentlichung entnehmen.

3.1.2 Zusatzbeitrag

Wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihren Finanzbedarf durch die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfond nicht decken können, muss ein krankenkassenindividueller Zusatzbeitrag vom beitragspflichtigem Versicherten erhoben werden, oder die Kassen müssen bei Bedarf ihre Satzung dementsprechend ändern und satzungsindividuelle Leistungen streichen. Kinder und mitversicherte Partner zahlen keinen Zusatzbeitrag.

Dieser Zusatzbeitrag darf maximal 1,00 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Er kann pauschal oder prozentual berechnet werden; dieser kann jedoch erst nach einer erfolgten Einkommensprüfung erhoben werden. Bis zu einem Zusatzbeitrag von acht Euro monatlich ist keine Einkommensprüfung erforderlich⁷.

⁷ Vgl. Ergebnisse des Spitzentreffens der großen Koalition, www.aok-bv.de/politik/reformwerkstatt/reform2006, S.2, am 15.03.08

3.2 GKV-Wahltarife

Seit dem 01.04.2007 haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit Wahltarife anzubieten. Der Gesetzgeber erhofft sich dadurch mehr Wahlfreiheit für die Versicherten, was die Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sei⁸.

Grundsätzlich lassen sich die folgenden Wahltarifvarianten unterscheiden:

1. Wahltarife, welche zur Modernisierung der Versorgung beitragen sollen („**versorgungsbezogene Wahltarife**“),
2. Wahltarife, die als Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenkassen finanzielle Anreize für die Versicherten setzen („**monetäre Wahltarife**“).

Sowohl die versorgungsbezogenen als auch die monetären Wahltarife sollen sich, nach § 53 Abs. 9 SGB V, durch ihre Einsparungspotenziale selbst finanzieren (sogenannte Aufkommensneutralität)⁹.

Nach § 53 Abs. 9 S. 2 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen in Verbindung mit den monetären Wahltarifen regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.

3.2.1 Versorgungsbezogene Wahltarife

Diese Wahltarife müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten offerieren, um diese für eine aktive Teilnahme an versorgungsoptimierten Behandlungsprogramme zu gewinnen. Auf diese Weise sollen die Patienten zu einem gesundheitsbewussteren und eigenverantwortlicheren Leben motiviert werden.

⁸ Vgl. AOK-Bundesverband, www.aok-bv.de am 10.03.08

⁹ Vgl. Institut für Medizinische Soziologie, Diskussionspapier 2007-1, Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik, Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen, S.21

Für die Versicherten werden durch Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen (z.B. Aufhebung der Praxisgebühr je Quartal) finanzielle Anreizfaktoren gesetzt.

Im Gegensatz zu den monetären Wahlтарifen, dürfen die versorgungsbezogenen Tarife auch von Versicherten in Anspruch genommen werden, deren Beiträge vollständig von Dritten erbracht werden (z.B. Hartz IV-, Arbeitslosengeld I und II-Empfänger)¹⁰. Die nachstehenden Behandlungsstrukturvarianten sind zu unterscheiden:

- a) So können z.B. bei der Integrierte Versorgung (IV) gem. der §§ 140a ff. SGB V vernetzte medizinische Versorgungssektoren in Anspruch genommen werden. Beispielsweise können niedergelassene Haus- oder Fachärzte gemeinsam mit stationären Einrichtungen ein medizinisch auf einander abgestimmtes Versorgungskonzept „aus einer Hand“ anbieten. Sie kooperieren bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget¹¹. Mit den gesetzlichen Krankenkassen schließen die Leistungserbringer „Einzelverträge“ im Sinne eines selektiven „Einkaufsmodells“ ab. Dadurch sollen Patienten eine höhere Behandlungsqualität erfahren, in dem die Behandlungskomponenten der i.d.R. getrennten Versorgungssektoren auf einander abgestimmt werden.

- b) Chronisch kranke Versicherte können an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V teilnehmen. Für durch das Bundesministerium für Gesundheit definierte chronische Krankheiten bieten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten spezielle Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMPs) auf freiwilliger Basis an. Mit der Einführung des Gesundheitsfond 2009 und dem Morbi-RSA werden die gesetzlichen Krankenkassen eine einheitliche DMP-Pauschale je teilnehmenden Versicherten erhalten¹².

¹⁰ Vgl. Institut für Medizinische Soziologie, Diskussionspapier 2007-1, Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik, Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen, S.19

¹¹ Vgl. AOK-Bundesverband, Glossar, www.aok-bv.de, am 17.02.08

¹² Vgl. AOK-Bundesverband, Glossar, www.aok-bv.de, am 17.02.08

DMPs müssen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien entsprechen. Zuständig für deren Prüfung und die Zulassung der einzelnen Programme ist das Bundesversicherungsamt (BVA):

Derzeit werden den Versicherten DMPs für die nachstehenden Erkrankungen wie

- Diabetes Typ I und II,
- Koronare Herzerkrankung KHK,
- Asthma Bronchiale,
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung und
- Brustkrebs

zur Teilnahme angeboten.

- c) Außerdem müssen gesetzliche Krankenkassen seit dem 01.04.2007 für ihre Versicherten Modellvorhaben, auch Erprobungsleistungen genannt, nach § 63 SGB V anbieten.

Sie sollen der Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung dienen¹³. In Leistungsmodellen können neue Leistungen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten erprobt werden. Eine wissenschaftliche Evaluation und Veröffentlichung der Ergebnisse sind obligatorisch, um die Wirksamkeit der neuen Leistungen und Strukturen zu prüfen¹⁴.

- d) Als letzte Tarifform wird die „Hausarztzentrierte Versorgung“ gem. §73b SGB V genannt.

Wer sich als Versicherter verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst seinen Hausarzt zu konsultieren, kann von einem finanziellen Vorteil, wie beispielsweise einer Aufhebung der Quartalsgebühren oder von besonderen Serviceleistungen profitieren.

Der Gesetzgeber geht grundsätzlich davon aus, dass häufig bereits der Hausarzt die richtige Diagnose stellt und die damit verbundene Therapie veranlassen kann. Ansonsten entscheidet er über die weitere Durchführung

¹³ Vgl. AOK-Bundesverband, Glossar, www.aok-bv.de, am 17.02.0

¹⁴ Vgl. AOK-Bundesverband, Glossar, www.aok-bv.de, am 17.02.08

von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Versicherten, die sich für das Hausarztmodell entscheiden, konsultieren einen weiterbehandelnden Facharzt, mit Ausnahme der Augen- und Frauenärzte, nur mit einer Überweisung ihres ausgewählten Hausarztes.

Die Versicherten sind an diesen Hausarzt ein Jahr lang gebunden, es sei denn, es liegen schwerwiegende Gründe vor¹⁵, die einen Wechsel des ärztlichen Vertrauten rechtfertigen.

3.2.2 Monetäre Wahltarife

Das GKV-GMG eröffnete den gesetzlichen Krankenversicherungen die Möglichkeit, ihren Versicherten monetäre Wahltarife gem. § 53 SGB V anzubieten¹⁶: Hierbei können Versicherte entweder durch Prämienzahlung eine erweiterte Behandlung in Anspruch nehmen, oder für eigenverantwortliches, gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten eine Prämie erhalten. Die Bindungsfrist an den Tarif beträgt drei Jahre. Dadurch entfällt, abweichend von §175 Abs. 4 SGB V, das Kündigungsrecht der Mitgliedschaft innerhalb dieser drei Jahre, auch wenn die Kasse den bis zum 31.12.2008 geltenden Beitragssatz oder den späteren Zusatzbeitrag erhöht.

Es gibt jedoch eine Härtefallregelung, die den Versicherten unter besonderen Umständen, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, von dieser Frist entbindet¹⁷.

Für die Prämienauszahlungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen gelten festgeschriebene Bestimmungen. Die gewährten Prämien dürfen höchstens 20% der jährlichen Beiträge des Versicherten, bei mehreren Wahlтарifen maximal 30% betragen, jedoch nicht mehr als 600,00 Euro bei einem, oder 900,00 Euro bei mehreren Tarifen¹⁸.

¹⁵ Vgl. www.dieaerztlichepraxis.de/rw_5_News_politik_NewsID_11750 am 17.02.08

¹⁶ Vgl. Orłowski/Wasem, Gesundheitsreform 2004 Das GKV-Modernisierungsgesetz, S.19

¹⁷ Vgl. www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/themen-az am 17.02.08

¹⁸ Vgl. Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Gesundheitsreform 2006, S.29, www.aok-bv.de am 10.03.08

3.2.2.1 Selbstbehalttarif (§ 53 Abs. 1 SGB V)

Bei den Selbstbehalttarifen können Versicherte ihre Versicherungsbeiträge absenken oder eine Prämien erhalten, wenn sie eine Selbstbeteiligung pro Jahr vereinbart haben.

Das Mitglied verpflichtet sich, einen Teil der von der gesetzlichen Krankenkasse zu übernehmenden ambulanten Kosten selbst zu tragen, wobei die Höhe des Selbstbehalts i.d.R. vom beitragspflichtigen Einkommen des Versicherten abhängt¹⁹.

Der gewährte Prämienbetrag ist niedriger als der vom Versicherten zu übernehmende Selbstbehalt, so dass der Versicherte bei diesem Tarif ein gewisses Risiko trägt. Dieses finanzielle Risiko kann zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen variieren.

3.2.2.2 Beitragsrückzahlung bei Leistungsfreiheit (§ 53 Abs. 2 SGBV)

Bei diesem Wahltarif wird dem Versicherten ein prozentualer Anteil der Beitragszahlungen zurückerstattet, wenn er ein Jahr lang keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat²⁰. Die Beitragsrückerstattung ist auf ein Zwölftel des Jahresbeitrages inklusive Arbeitgeberanteil begrenzt²¹. Hierbei handelt es sich um einen Höchstbetrag, daher können die rückzuerstattenden Prämien auch niedriger ausfallen. Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Leistungen in der Schwangerschaft und Stillzeit, bleiben unberücksichtigt²².

Nimmt der Versicherte dennoch ärztliche oder nichtärztliche Leistung in Anspruch, so muss er abwägen, ob er diese Behandlungskosten selbst

¹⁹ Vgl. ärztliche Praxis, www.aerztlichepraxis.de/rw_5_News_politik_NewsID_11750 am 17.02.08

²⁰ Vgl. ärztliche Praxis, www.aerztlichepraxis.de/rw_5_News_politik_NewsID_11750 am 17.02.08

²¹ Vgl. www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/themen-az am 20.02.08

²² Vgl. www.aok-bv.de, Gesetzesbeschluss des Bundestags, Bundesrats-Drucksache 75/05 i.V.m. SGB V, S.12 am 02.03.08

finanziert, um den Rückerstattungsbetrag zu erhalten. Anderenfalls entfällt die „Prämie“.

3.2.2.3 Kostenerstattungstarif (§ 53 Abs. 4 SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Mitgliedern einen Versicherungstarif anbieten, bei dem die Versicherten den Status eines Privatpatienten erlangen (§ 53 Abs. 4 i.V.m. § 13 SGB V). In diesem Fall erhalten die Versicherten von den ambulanten Leistungserbringern für die in Anspruch genommenen Leistungen eine Rechnung; diese begleichen sie selbst. Die beglichene Rechnung reichen die Versicherten bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse ein und bekommen die Behandlungskosten in Abhängigkeit von der Tarifstruktur erstattet. Beispielsweise ist es möglich, den Versicherten den bis zum 2,3-fachen Satz nach GOÄ/GOZ zu erstatten. Für die diesbezüglichen Mehrkosten, muss die gesetzliche Krankenkasse einen kalkulierten Zusatzbeitrag erheben. Diese Tarifmöglichkeit soll die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber der privaten Krankenversicherung stärken.

Hierdurch wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, einen der PKV analogen Wahltarif in ihr Tarifportfolio aufzunehmen²³.

Die Übernahme der Kosten von IGeL-Angeboten („Individuelle Gesundheitsleistungen“) ist gesetzlich nicht gestattet²⁴.

3.2.2.4 Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (§ 53 Abs. 5 SGB V)

Spezifische Wahltarife ermöglichen den Versicherten die in Anspruchnahme von Leistungen, die nach § 34 Abs. 1 SGB V von der Versorgung durch die GKV ansonsten ausgeschlossen sind (nicht verschreibungspflichtige, nicht erstattungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, insbesondere Fertigarzneimittel

²³ Vgl. Die BKK 1/2008, S.25, Wahltarife-rechtliche Rahmenbedingungen von Richard Giesen

²⁴ Vgl. Techniker Krankenkasse, www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de, am 02.03.08

sowie homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Arzneimittel)²⁵.

3.2.2.5 Tarif für Leistungsbeschränkung (§ 53 Abs. 7 SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen können für bestimmte Mitgliedergruppen die gesetzlich verankerten Leistungen beschränken. Analog der vereinbarten Leistungsbeschränkung sind in diesen Wahlтарifen entsprechende Prämienzahlung zugunsten der Versicherten vorgesehen²⁶. Demzufolge verzichten die Versicherten auf bestimmte Leistungen.

Des Weiteren haben die Krankenkassen einen "Krankengeld-Wahlтарif" nach § 53 Abs. 6 SGB V anzubieten. (siehe Kapitel 3.3)

Daneben existieren zahlreiche Bonusprogramme, bei denen durch Geld- oder Sachleistungen Anreize, beispielsweise für sportliche Betätigung, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen oder der Ernährungsberatung, gesetzt werden. Die Bonifizierungsformen sind grundsätzlich in der individuellen Satzung der gesetzlichen Krankenkasse zu regeln. Somit sind diese nicht gesetzlich vorgeschrieben²⁷.

²⁵ Vgl. www.aok-bv.de, Gesetzesbeschluss des Bundestags, Bundesrats-Drucksache 75/07, S.12 am 02.03.08

²⁶ Vgl. www.aok-bv.de, Gesetzesbeschluss des Bundestags, Bundesrats-Drucksache 75/07, S.12 am 02.03.08

²⁷ Vgl. www.aok-bv.de, Gesetzesbeschluss des Bundestags, Bundesrats-Drucksache 75/07, S.12 am 02.03.08

3.3 Ausblick und Änderungen 2009 - "Krankengeld-Wahltarife" nach § 53 Abs. 6 SGB V:

Ab 01.01.2009 wird durch den ab diesem Zeitpunkt geltenden neuen § 44 Abs. 2 SGB V der Krankengeldanspruch für

- hauptberuflich selbständig Erwerbstätige und
- Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlungen haben

gesetzlich ausgeschlossen.

Durch den Ausschluss des grundsätzlichen Krankengeldanspruchs gilt für die Betroffenen (z.B. kurzfristig Beschäftigte mit befristeten Arbeitsverhältnissen von unter 10 Wochen) ab 2009 der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V (voraussichtlich 14,9% statt 15,5%). Zur Absicherung im Krankheitsfall haben diese Versicherten nun die Möglichkeit, über die Neuregelung in § 53 Abs. 6 SGB V einen auf ihre Bedürfnisse abgestellten Krankengeld-Wahltarif zu wählen.

Für Künstler und Publizisten wird die Rechtsgrundlage nach § 46 SGB V zur Regelung des Krankengeldanspruchs ebenfalls ab 2009 angepasst. Bisher konnten nach dem KSVG (Künstlersozialversicherungsgesetz) versicherte selbständige Künstler und Publizisten entscheiden, ob sie ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit oder - gegen höheren Beitrag - von einem früheren Zeitpunkt an Krankengeld beziehen wollen. Durch die Neuregelung des § 53 Abs. 6 SGB V kann dieser Personenkreis weiterhin einen frühzeitigeren Anspruchsbeginn gegen eine gesonderte Prämienzahlung wählen.

Die Krankenkassen haben also nach § 53 Abs. 6 SGB V Wahltarife anzubieten, die für die genannten Personengruppen einen Anspruch auf Krankengeld entstehen lassen.

Die ab 2009 geltende Rechtsvorschrift lautet:

§ 53 Abs. 6 SGB V

"Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Abs. 2 Nr. 2 und 3 sowie den in § 46 Satz 2 genannten Mitgliedern Tarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die in § 46 Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen."

Interessenten bzw. die von den gesetzlichen Änderungen betroffenen Personenkreise sollten sich an ihre jeweilige gesetzliche Krankenkasse wenden, um nötige Anpassungen und Absicherungen für den Krankheitsfall schon heute einzuleiten. So bietet die BARMER bereits viele verschiedene Krankengeld-Wahltarife für die betroffenen Personengruppen an.

3.4 Vergleich einzelner Wahltarife der größten GKVen

Nicht jede Krankenkasse bietet monetäre Wahltarife an und die Ausgestaltung dieser Tarife ist von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich.

Die verschiedenen Wahltarife werden i.d.R. nach definierten Gehaltsstufen differenziert.

Um einen nachvollziehbaren Wahltarife-Vergleich abbilden zu können, wurde das Augenmerk auf die freiwilligen Wahltarife nach § 53 SGB V gelegt, da sich die versorgungsbezogenen Tarifstrukturen nur in geringem Umfang voneinander im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen unterscheiden. Zumeist lassen sich diese Tarife im Hinblick auf Geld- oder Sachleistungen und ggf. auf bestehende Zuzahlungsermäßigungen differenzieren.

Auf eine umfassende Darstellung der Bonusprogramme wurde aufgrund der großen Vielfalt verzichtet.

Da jedoch einige gesetzliche Krankenkassen ihre Selbstbehalttarife an Bonusprogramme koppeln, wurde der Vollständigkeit halber eine Ausnahme gemacht. Dazu zählen die Selbstbehalttarife der

-BARMER

-DAKproPartner

-AOK

-KKH

bei denen sich jeweils der zu tragende Differenzbetrag zwischen Selbstbehalt und Prämie durch gesundheitsbewusstes Verhalten reduzieren lässt.

Aufgrund der unterschiedlichen Informationen und mangelnden öffentlichen Daten wurde unsere Analyse auf die folgenden Arbeitsschritte beschränkt:

1. Internetrecherche
2. schriftliche Anfrage bei der jeweiligen Krankenkasse
3. Telefoninterview von Ansprechpartnern gesetzlicher Krankenkassen.

Neben den 7 größten AOKen und den Ersatzkassen wurden die vier größten BKKen und die Vereinigte IKK in diese Studie mit einbezogen.

Fragen zu den Angeboten, die sich nicht durch Telefoninterviews und Internetrecherche klären ließen, wurden schriftlich an die Partner dieser Stichprobe gerichtet.

Keine Antwort erhielten wir von den nachstehenden Marktpartnern:

DAK, AOK Bayern, AOK Westfalen-Lippe, AOK Niedersachsen, Deutsche BKK und der Gmünder Ersatzkasse.

Der Erhebungszeitraum beläuft sich auf Februar bis Oktober 2008.

3.4.1 BARMER Ersatzkasse (rund 5,27 Mio. Mitglieder)

Selbstbehalttarife²⁸

Die BARMER Ersatzkasse bietet neun verschiedene Selbstbehalttarife mit Prämien von 80,00 bis maximal 500,00 Euro an.

Teilweise sind die Tarife an Bonusprogramme, wie Teilnahme an Präventionskursen, Mitgliedschaft in einem Sportverein oder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, gekoppelt („aktiv pluspunkten“, „Erfolgsbonus“). Leistungen der mitversicherten Familienangehörigen wirken sich auf die Prämienhöhe nicht aus. Unberücksichtigt bleiben auch Früherkennung, Vorsorge und Leistungen in der Schwangerschaft und Stillzeit.

²⁸ Vgl. Krankenkassen-Vergleich-gesetzliche Krankenkassen, www.krankenkasseninfo.de/wahltarife/wtliste.php am 12.03.08

Tarif	Prämienzahlung der BARMER	Zusatzprämie	Selbstbehalt	Selbstbeteiligungs-Risiko
E250 Selbstbehalt	250,00 Euro		1. Jahr 320,00 Euro 2. Jahr 300,00 Euro	70,00 Euro 50,00 Euro
	nur für freiwillig Versicherte in Kombination mit Kostenerstattung nach §13 Abs.2 SGB V			
E500 Selbstbehalt	500,00 Euro		1. Jahr 45% * 2. Jahr 40% *	
	nur für freiwillig Versicherte in Kombination mit Kostenerstattung nach §13 Abs.2 SGB V			
F100 Selbstbehalt	100,00 Euro für alle Mitglieder		150,00 Euro	50,00 Euro
F200 Selbstbehalt	100,00 Euro für alle Mitglieder	100,00 Euro	150,00 Euro	-50,00 Euro
	Voraussetzung für die Zusatzprämie ist die erfolgreiche Teilnahme am „Erfolgsbonus“ und/oder „aktiv pluspunkten“			
F300 Selbstbehalt	300,00 Euro für alle Mitglieder mit Einnahmen über der Einkommensgrenze		420,00 Euro	120,00 Euro
G80 Selbstbehalt	50,00 Euro für alle Mitglieder, bei erfolgreicher Teilnahme am "aktiv pluspunkten" zusätzlich 30,00 Euro Bonus		80,00 Euro	30,00 Euro
S100 Selbstbehalt	100,00 Euro für alle Arbeitnehmer und Studenten zwischen 18 und 30 Jahren, die mind. 2 Jahre Mitglied sind. Zusatzprämie von 70,00 Euro, wenn Kriterien des „Erfolgsbonus“ erfüllt sind		150,00 Euro	50,00 Euro
S55 Selbstbehalt	130,00 Euro für alle Mitglieder über 55 Jahre, Voraussetzung für die Zusatzprämie ist die erfolgreiche Teilnahme am „Erfolgsbonus“	70,00 Euro	240,00 Euro	40,00 Euro
S55plus Selbstbehalt	180,00 Euro für alle Mitglieder über 55 Jahre, Voraussetzung für die Zusatzprämie ist die erfolgreiche Teilnahme am „Erfolgsbonus“ und eine Leistung „aktiv pluspunkten“	70,00 Euro	300,00 Euro	50,00 Euro

*der in Anspruch genommenen Leistungen

Tabelle 1 Selbstbehalttarife der BARMER

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif²⁹

Beitragsrückerstattungsbeträge in Höhe von 80,00 bis 200,00 Euro werden bei Leistungsfreiheit des Versicherten und deren volljährigen Familienangehörigen je laufendem Versicherungsjahr angeboten.

Bei der ersten Leistungsanspruchnahme entfällt der gesamte Erstattungsbetrag.

Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgeleistungen und alle Leistungen während der Schwangerschaft und Stillzeit sind hiervon ausgenommen.

Rückerstattungsbeträge bei Leistungsfreiheit	Prämie in Euro
1. Jahr	80,00 Euro
2. Jahr	120,00 Euro
3. Jahr	200,00 Euro

Tabelle 2 Beitragsrückerstattungstarif der BARMER

Quelle: eigene Darstellung

Konsultiert ein Versicherter dennoch einen Arzt, so entfällt die Prämie für das laufende Versicherungsjahr und der Bonus beginnt im nächsten Jahr erneut mit 80,00 Euro.

KostenerstattungstarifTarif K100

Es wird ein Tarif nach § 53 Abs. 4 SGB V angeboten. Hierbei besteht die Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 SGB V.

²⁹ Vgl. Krankenkassen-Vergleich-gesetzliche Krankenkassen, www.krankenkasseninfo.de/wahltarife/wtliste.php am 12.03.08

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen-
Tarif GAZ³⁰

Es gibt keinen Tarif für die Kostenübernahme von Naturheilverfahren nach § 53 Abs. 5 SGB V.

Darüber hinaus haben Mitglieder der BARMER die Möglichkeit, ihren Versicherungsschutz mit leistungsfähigen Zusatzversicherungen des BARMER Partners HUK-Coburg zu ergänzen. So werden u.a. Zusatzversicherungen für die Versorgung im Krankenhaus, beim Arzt, Zahnarzt, im Ausland und für die Behandlung von Kindern oder auch Menschen höheren Alters angeboten.

3.4.2 DAK (rund 4,67 Mio. Mitglieder)

Selbstbehalttarif³¹

Die DAK bietet acht verschiedene Selbstbehalttarife an. Ausgenommen sind die üblichen Vorsorgeleistungen. Der Selbstbehalt ist abhängig vom Einkommen.

DAKproGarantie 1-4

Stufe	Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Prämienzahlung der DAK	Selbstbeteiligungs-Risiko
1.	bis 1.560,00 Euro	120,00 Euro	60,00 Euro	60,00 Euro
2.	ab 1.561,00 Euro	240,00 Euro	108,00 Euro	132,00 Euro
3.	ab 2.341,00 Euro	360,00 Euro	156,00 Euro	204,00 Euro
4.	ab 3.562,50 Euro	550,00 Euro	216,00 Euro	334,00 Euro

Tabelle 3 Selbstbehalttarife der DAK

Quelle: eigene Darstellung

³⁰ Vgl. Rückschreiben der Barmer Ersatzkasse vom 07.04.08

³¹ Vgl. www.dak.de/content/daktarife, am 05.03.08

DAKproPartner 1-4

Hierbei erhöht sich die Prämie, wenn ausschließlich Vorsorgeuntersuchungen und keine weiteren Leistungen in Anspruch genommen werden. Es handelt sich um eine Kombination aus Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarif. Die erste zusätzliche Leistung bewirkt das Entfallen der gesamten Prämie. Da die Leistung auch einen geringeren Betrag als die Höhe des Selbstbehaltes ausmachen kann, beteiligt sich die DAK im Gegenzug zu 50% an den anfallenden Kosten bis zur Selbstbehaltgrenze.

Die Prämie steigt jährlich bei durchgehender Leistungsfreiheit.

Stufe	Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Jahr	Prämienzahlung der DAK	Selbstbeteiligungsrisiko
1.	bis 1.560,00 Euro	120,00 Euro	1.	108,00 Euro	12,00 Euro
			2.	120,00 Euro	0,00 Euro
			3.	132,00 Euro	-12,00 Euro
2.	ab 1.561,00 Euro	240,00 Euro	1.	216,00 Euro	24,00 Euro
			2.	240,00 Euro	0,00 Euro
			3.	264,00 Euro	-24,00 Euro
3.	ab 2.341,00 Euro	360,00 Euro	1.	324,00 Euro	36,00 Euro
			2.	360,00 Euro	0,00 Euro
			3.	396,00 Euro	-36,00 Euro
4.	ab 3.562,50 Euro	550,00 Euro	1.	504,00 Euro	46,00 Euro
			2.	552,00 Euro	-2,00 Euro
			3.	600,00 Euro	-50,00 Euro

Tabelle 4 Übersicht der Tarife DAKproPartner 1-4

Quelle: eigene Darstellung

BeitragsrückerstattungstarifDAKproPartner 5

Beitragsrückzahlungen erhält der Versicherte nur bei absoluter Leistungsfreiheit. Ausgenommen hiervon sind jedoch alle Vorsorge- und Präventionsleistungen sowie Leistungen für minderjährige Angehörige.

Fallen dennoch Leistungen an, verfällt die Prämie für das betreffende Versicherungsjahr.

Jahr	Beitragsrückerstattungs- betrag in €
1. Jahr	300,00 Euro
2. Jahr	420,00 Euro
3. Jahr	540,00 Euro

Tabelle 5 Beitragsrückerstattungstarif der DAK

Quelle: eigene Darstellung

Kostenerstattungstarif

Die DAK bietet lediglich die Kostenerstattung nach § 13 SGB V an. Das bedeutet, dass nur der Geldwert der gesetzlichen Kassenleistung erstattet wird. Zur Regulierung des Differenzbetrages der durch die Abrechnung nach GOÄ/GOZ entsteht, kann eine private Zusatzversicherung abgeschlossen werden.

Es gibt hierbei keine Kombinationsmöglichkeit mit den DAKproPartner-Tarifen.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen

wird nicht angeboten.

3.4.3 Techniker Krankenkasse (rund 4 Mio. Mitglieder)

Selbstbehalttarif

TK-Kombi-Tarif mit Selbstbehalt³²

Von der Techniker Krankenkasse werden 4 Selbstbehalttarife angeboten. Dabei werden Leistungen für mitversicherte Kinder, Präventionsmaßnahmen, Schutzimpfungen, Vorsorgemaßnahmen und Früherkennung sowie Arzt- und Zahnarztbesuche ohne weitere Verordnung werden nicht angerechnet.

Die Selbstbehalttarife sind nach Einkommen gestaffelt:

Brutt Jahresgehalt	Selbstbehalt	Prämienzahlung der TK	Selbstbeteiligungsrisiko
7.200,00-17.999,00 Euro	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
18.000,00-29.999,00 Euro	300,00 Euro	240,00 Euro	60,00 Euro
30.000,00-41.999,00 Euro	580,00 Euro	400,00 Euro	180,00 Euro
ab 42.000,00 Euro	960,00 Euro	600,00 Euro	360,00 Euro

Tabelle 6 Selbstbehalttarife der Techniker Krankenkasse

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif

TK-Kombi-Tarif mit Beitragsrückzahlung³³

Wenn der Versicherte und seine volljährigen Mitversicherten ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nehmen, erhält der Versicherte eine Prämie von bis zu einem Zwölftel des gezahlten Krankenkassen-Jahresbeitrages (ohne Arbeitgeberanteil) zurück. Beim ersten Arztbesuch im Jahr entfällt die Prämie komplett.

Früherkennung, Prävention und Schutzimpfungen werden nicht angerechnet. So darf z.B. eine Krebsvorsorge oder Zahnprophylaxe in Anspruch genommen werden, ohne dass der Bonus verfällt.

³² Vgl. www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de, am 02.03.08

³³ Vgl. www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de, am 02.03.08

Sofern sonstige ärztliche oder nichtärztliche Leistungen von dem Versicherten in Anspruch genommen wurden, erhält das Mitglied keine Prämie für das betreffende Versicherungsjahr.

Kostenerstattungstarif

TK-Privat-Praxis³⁴

Die Techniker Krankenkasse übernimmt bis zu 90% des Behandlungsaufwandes im Kostenerstattungstarif. Der verbleibende Eigenanteil von 10% ist auf 400,00 Euro im Jahr für eine ambulante Leistungsanspruchnahme begrenzt.

Ärzte, die eine kassenärztliche Zulassung haben, können ihre Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung stellen. Die TK übernimmt die Behandlungsaufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen bis zum 3,5-fachen GOÄ-Steigerungssatz. Zahnärzte, Krankenhausaufenthalte, Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zählen allerdings nicht zum Leistungsumfang, der bei der Selbstbeteiligungsbestimmung Berücksichtigung findet. Die letztgenannten Leistungen werden auch weiterhin über die Versichertenkarte abgerechnet.

Die zusätzlich zum Krankenkassenbeitrag erhobenen Prämien sind nach Alter gestaffelt, das Geschlecht bleibt unberücksichtigt. Die Beitragszusatzprämie weist eine Spanne zwischen 17,90 Euro für Versicherte unter 18 Jahren und 99,90 Euro für Mitglieder über 85 Jahren³⁵.

Hat ein TK-Versicherter diesen Kostenerstattungs-Tarif gewählt, erhält er für mitversicherte Kinder bis zum 25. Lebensjahr einen 30%igen Rabatt auf die erhobene monatliche Zusatzprämie.

³⁴ Vgl. www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de, am 02.03.05

³⁵ Vgl. Rückschreiben der Techniker vom 09.04.08

Altersklassen in Jahren	Monatliche Beitragszusatzprämie €
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

Tabelle 7 Prämienübersicht TK-Privat-Praxis

Quelle: eigene Darstellung

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung TK-Privat Natur-Arznei³⁶

90% der Arzneimittelkosten für nicht verschreibungs- aber apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie, die vom Arzt auf ein Privatrezept verordnet sind, werden übernommen.

In diesem „TK-Privat Natur-Arznei-Wahltarif“ gilt eine altersabhängige Rechnungshöchstbetrag-Erstattung.

Sogenannte Lifestyle-Arzneimittel werden nicht erstattet.

Die zusätzliche Beitragsprämie beträgt je nach Altersgruppe zwischen 4,90 und 14,90 Euro. Kinder über zwölf Jahre, die beitragsfrei über ihre Eltern familienversichert sind, können auf deren Rechnung, bis zum Rechnungshöchstbetrag Leistungen in Anspruch nehmen. Kinder unter zwölf Jahren erhalten die oben genannten Arzneimittel per Gesetz als Regelleistung der Krankenkasse, bei Kindern mit Entwicklungsstörungen gilt dies bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

³⁶ Vgl. www.tk-online/centaurus/generator/tk-online.de, am 02.03.08

Altersklassen in Jahren	Beitragszusatz- prämie € TK	Rechnungserstattungshöchstbetrag €
12-25	4,90 Euro	140,00 Euro
26-35	5,90 Euro	160,00 Euro
36-45	6,90 Euro	180,00 Euro
46-55	8,90 Euro	200,00 Euro
56-65	11,90 Euro	240,00 Euro
über 65	14,90 Euro	280,00 Euro

Tabelle 8 Prämienübersicht Tk-Privat-Natur-Arznei

Quelle: eigene Darstellung

3.4.4 AOK

Die Wahltarife der sieben in diese Studie einbezogenen AOKen unterscheiden sich nur in wenigen Tarifmerkmalen. Aus diesem Grund wurden diese AOK-Wahltarife in dem folgenden Kapitel zusammengefasst. Die hier berücksichtigten AOKen haben zusammen rund 17,89 Mio. Mitglieder. Dabei handelt es sich um die

- AOK Bayern (ca. 3,47 Mio. Mitglieder)
- AOK Baden-Württemberg (ca. 2,73 Mio. Mitglieder)
- AOK Rheinland/Hamburg (ca. 1,98 Mio. Mitglieder)
- AOK Westfalen-Lippe (ca. 2,1 Mio. Mitglieder)
- AOK Hessen (ca. 1,7 Mio. Mitglieder)
- AOK Niedersachsen (ca. 2,2 Mio. Mitglieder)
- AOK Plus (Fusion Sachsen und Thüringen, ca. 2,3 Mio. Mitglieder).

Selbstbehalttarif³⁷

Wählt ein Versicherter diesen Selbstbehalttarif, wird dem Versicherten ein €-Grundbonusbetrag in Abhängigkeit des €-Bruttoeinkommens gutgeschrieben. Dieses Bonusguthaben verringert sich nur bei der Inanspruchnahme von Arzneimittel- und Krankenhausverordnungen. Je Verordnung wird ein

³⁷ Vgl. www.aok.de/bund/wahltarife/wahltarife.htm, am 17.02.08

pauschaler Teilbetrag abgezogen. Der am Jahresende verbliebene Restbonusbetrag wird dem Versicherten überwiesen.

Arztkonsultationen ohne Verordnungen oder in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen werden nicht auf den Bonusbetrag reduzierend angerechnet.

Von den sieben einbezogenen AOKen werden von sechs AOKen jeweils sieben Selbstbehalttarife angeboten, die nach dem monatlichen Bruttoeinkommen gestaffelt sind. Die AOK-Bonus-Prämien setzen sich aus einem Grundbonus und einem Staffelbonus zusammen, so dass es sich auch hier um eine Kombination aus Selbstbehalttarif und einem Tarif für eine „Verordnungs-Leistungsfreiheit“ handelt.

Lediglich die AOK Plus bietet einen reinen Selbstbehalttarif an.

Selbstbehalttarif

der AOK Bayern

Der Staffelbonus bei der AOK Bayern beträgt jährlich 10,00 Euro, so dass er nach drei Jahren Leistungsfreiheit 30,00 Euro beträgt³⁸.

Monatliches Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Grundbonus der AOK	max. Staffelbonus	Selbstbeteiligungs- risiko in € ohne Staffelbonus*
bis 1.000,00 Euro	125,00 Euro	50,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
bis 1.500,00 Euro	175,00 Euro	100,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
bis 2.000,00 Euro	225,00 Euro	150,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
bis 2.500,00 Euro	275,00 Euro	200,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
bis 3.000,00 Euro	325,00 Euro	250,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
bis 3.500,00 Euro	425,00 Euro	350,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro
über 3.500,00 Euro	575,00 Euro	500,00 Euro	30,00 Euro	75,00 Euro

pausch. Selbstbehalt Arzt und Rezept	pausch. Selbstbehalt Krankenhaus	max. Prämie inkl. Staffelbonus**
12,50 Euro	25,00 Euro	80,00 Euro
25,00 Euro	50,00 Euro	130,00 Euro
37,50 Euro	75,00 Euro	180,00 Euro
50,00 Euro	100,00 Euro	230,00 Euro
62,50 Euro	125,00 Euro	280,00 Euro
87,50 Euro	175,00 Euro	380,00 Euro
125,00 Euro	250,00 Euro	530,00 Euro

Tabelle 9 Selbstbehalttarife der AOK Bayern

Quelle: eigene Darstellung

³⁸ Vgl. www.aok.de/bay/rd/189760.php, am 02.03.08

* es gibt keine Risiko mit Staffelbonus, da der Staffelbonus mit der ersten Leistung verfällt

** max. Prämie ohne Staffelbonus ist nicht möglich, da gleichzeitig auch der Grundbonus sinkt

Selbstbehalttarife

der AOK Baden-Württemberg, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Westfalen-Lippe, AOK Hessen, AOK Niedersachsen.

Der Staffelbonus beträgt hier jährlich 20,00 Euro, nach drei leistungsfreien Jahren kann der Versicherte 60,00 Euro zurück erhalten¹³⁹.

Monatliches Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Grundbonus der AOK	max. Staffelbonus	Selbstbeteiligungsrisiko in € ohne Staffelbonus*
bis 1.000,00 Euro	120,00 Euro	40,00 Euro	60,00 Euro	80,00 Euro
bis 1.500,00 Euro	170,00 Euro	90,00 Euro	60,00 Euro	80,00 Euro
bis 2.000,00 Euro	220,00 Euro	140,00 Euro	60,00 Euro	80,00 Euro
bis 2.500,00 Euro	270,00 Euro	190,00 Euro	60,00 Euro	80,00 Euro
bis 3.000,00 Euro	330,00 Euro	240,00 Euro	60,00 Euro	90,00 Euro
bis 3.500,00 Euro	440,00 Euro	340,00 Euro	60,00 Euro	100,00 Euro
über 3.500,00 Euro	660,00 Euro	540,00 Euro	60,00 Euro	120,00 Euro

pausch. Selbstbehalt Arzt und Rezept	pausch. Selbstbehalt Krankenhaus	max. Prämie inkl. Staffelbonus**
10,00 Euro	20,00 Euro	100,00 Euro
22,50 Euro	45,00 Euro	150,00 Euro
35,00 Euro	70,00 Euro	200,00 Euro
47,50 Euro	95,00 Euro	250,00 Euro
60,00 Euro	120,00 Euro	300,00 Euro
85,00 Euro	170,00 Euro	400,00 Euro
135,00 Euro	270,00 Euro	600,00 Euro

Tabelle 10 Selbstbehalttarife der AOK Baden-Württemberg, Hessen, Westfalen-Lippe, Niedersachsen, Rheinland/Hamburg

Quelle: eigene Darstellung

³⁹ Vgl. www.aok.de/bawue/rd, www.aok.de/rh/rd/wahltarife-tarifklassen, www.aok.de/nieders/rd, www.aok.de/hes/rd, www.aok.de/wl/rd am 02.03.2008

* es gibt keine Risiko mit Staffelbonus, da der Staffelbonus mit der ersten Leistung verfällt

** max. Prämie ohne Staffelbonus ist nicht möglich, da gleichzeitig auch der Grundbonus sinkt

Selbstbehalttarif

der AOK PLUS

Die AOK Plus bietet ihren Versicherten keinen Staffelbonus an; ansonsten entspricht dieser Tarif dem Basisschema der o.g. AOK-Tarife⁴⁰.

Monatliches Bruttoeinkommen	Selbstbehalt	Prämienzahlung der AOK Plus
bis 1.000,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
bis 1.500,00 Euro	180,00 Euro	100,00 Euro
bis 2.000,00 Euro	230,00 Euro	150,00 Euro
bis 2.500,00 Euro	330,00 Euro	250,00 Euro
bis 3.000,00 Euro	440,00 Euro	350,00 Euro
bis 3.500,00 Euro	550,00 Euro	450,00 Euro
über 3.500,00 Euro	720,00 Euro	600,00 Euro

pausch. Selbstbehalt Arzt und Rezept	pausch. Selbstbehalt Krankenhaus	Selbstbeteiligungs- risiko
12,50 Euro	25,00 Euro	50,00 Euro
25,00 Euro	50,00 Euro	80,00 Euro
37,50 Euro	75,00 Euro	80,00 Euro
62,50 Euro	125,00 Euro	80,00 Euro
87,50 Euro	175,00 Euro	90,00 Euro
112,50 Euro	225,00 Euro	100,00 Euro
150,00 Euro	300,00 Euro	120,00 Euro

Tabelle 11 Selbstbehalttarife der AOK Plus

Quelle: eigene Darstellung

Die AOK Niedersachsen bietet zusätzlich einen Kombinationstarif von Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung und Gesundheitsvorsorge, vorerst als Modellvorhaben bis 2012, an⁴¹.

⁴⁰ Vgl. www.aok.de/aokplus/rd/ am 02.03.2008

⁴¹ Vgl. www.aok.de/nieders/rd/ am 02.03.2008

Durch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen erhält der Versicherte einen Gesundheitsbonus plus einen Bonus für leistungsfreie Jahre. Dadurch kann ein Gesamtbonus von 200,00 bis 300,00 Euro erzielt werden.

Einkommen bis 3.600,00 €

Gesundheitsbonus	80,00 Euro
Bonus für leistungsfreie Jahre	20,00 Euro
Selbstbehalt	250,00 Euro
Grundbonus	100,00 Euro
Gesamtbonus	200,00 Euro
Risiko für den Versicherten	50,00 Euro

Einkommen über 3.600,00 €

Gesundheitsbonus	80,00 Euro
Bonus für leistungsfreie Jahre	20,00 Euro
Selbstbehalt	350,00 Euro
Grundbonus	200,00 Euro
Gesamtbonus	300,00 Euro
Risiko für den Versicherten	50,00 Euro

Tabelle 12 Kombinationstarif der AOK Niedersachsen differenziert nach der Einkommenssituation

Quelle: eigene Darstellung

Die Kombination ist auch ohne Gesundheitsbonus möglich. Für leistungsfreie Jahre erhält der Versicherte 20,00 Euro jährlich. Zuzüglich des Grundbonus erhält er somit einen Gesamtbonus von 120,00 bzw. 220,00 Euro im Jahr.

Bei beiden o.g. Wahlтарifen werden Leistungen der mitversicherten Ehepartner und volljährigen Kinder angerechnet.

Beitragsrückerstattungstarif

Ein Beitragsrückerstattungstarif nach § 53 Abs. 2 SGB V wird von keiner der in diese Studie einbezogenen AOKen angeboten.

Die AOK Baden-Württemberg bietet derzeit lediglich einen Rückerstattungstarif für freiwillig Versicherte in Kombination mit Kostenerstattung nach § 13 SGB V an, wobei dem Versicherten maximal ein Zwölftel des gezahlten Jahresbeitrages zurückerstattet wird⁴².

Kostenerstattungstarif

Nur die AOK Niedersachsen bietet laut Internet-Auftritt einen Tarif zur Kostenerstattung an⁴³. Eine schriftliche Anfrage zu Einzelheiten dieses Tarifes wurde leider nicht beantwortet.

Die AOK Rheinland/Hamburg bietet die Kostenerstattung im Krankheitsfall auf Urlaubsreisen an, sowie die Erstattung von Zusatzkosten bei der Ein- oder Zweibettzimmer-Wahl während eines Krankenhausaufenthaltes.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Zum Erhebungszeitpunkt bereitete sich die AOK Plus auf einen solchen Tarif vor.

Inzwischen wurde dieser durch den Verwaltungsrat genehmigt und kann von den Versicherten in Anspruch genommen werden.

Erstattet werden 90 % der Kosten für Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie, die vom Arzt auf ein Privatrezept verordnet sind.

Hierbei werden die Prämien, wie bei der Techniker Krankenkasse, altersabhängig erhoben. Es gilt jedoch auch bei diesem Tarif ein jährlicher Rechnungshöchstbetrag. Kinder unter zwölf Jahren sowie Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr erhalten diese Leistung als Regelleistung der Krankenkasse. Zwischen den Geschlechtern gibt es keinen Unterschied.

⁴² Vgl. Antwortschreiben der AOK-Plus vom 09.04.08

⁴³ Vgl. www.aok.de/nieders/rd/ am 02.03.2008

AOK Plus natur

Altersklassen in Jahren	Beitragszusatz-Prämie € TK	Rechnungserstattungshöchstbetrag €
12-20	4,50 Euro	140,00 Euro
21-36	7,50 Euro	180,00 Euro
37-50	9,50 Euro	200,00 Euro
über 51	14,50 Euro	260,00 Euro

Tabelle 13 Prämienübersicht AOK Plus natur

Quelle: eigene Darstellung

Bei der AOK Hessen kann sich der Versicherte über die DKV Zusatzversichern. Dieser Tarif AOK-Extra Ambulant Plus beinhaltet unter anderem die Übernahme von Leistungen durch Heilpraktiker⁴⁴.

3.4.5 Kaufmännische Krankenkasse (rund 1,4 Mio. Mitglieder)Selbstbehalttarif⁴⁵

Bei der KKH kann der Versicherte einen Selbstbehalttarif wählen, bei dem der Grundbonus (€ 40,00 bis € 420,00) durch gesundheitsbewusstes Verhalten um jährlich 80,00 Euro erhöht wird. Andernfalls erhöht sich das selbstzutragende Risiko um eben diesen Betrag von 80,00 Euro. Leistungen für mitversicherte Kinder unter 18 Jahren, Schutzimpfungen, Vorsorgemaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen sowie Arzt- und Zahnarztbesuche ohne weitere Verordnung bleiben unberücksichtigt.

⁴⁴ Vgl. Antwortschreiben der AOK Hessen vom 09.04.08

⁴⁵ Vgl. www.kkh.de/detail am 12.03.2008

Insgesamt werden 5 Selbstbehalttarife angeboten.

Tarif	Bruttogehalt	Selbstbehalt	Grundbonus
Aktiv-Tarif 120	12.000,00 Euro	170,00 Euro	40,00 Euro
Aktiv-Tarif 180	20.000,00 Euro	240,00 Euro	100,00 Euro
Aktiv-Tarif 300	30.000,00 Euro	370,00 Euro	220,00 Euro
Aktiv Tarif 500	40.000,00 Euro	580,00 Euro	420,00 Euro

Tarif	Gesundheitsplus	Gesamtbonus	max. Risiko
Aktiv-Tarif 120	80,00 Euro	120,00 Euro	130,00 Euro
Aktiv-Tarif 180	80,00 Euro	180,00 Euro	140,00 Euro
Aktiv-Tarif 300	80,00 Euro	300,00 Euro	150,00 Euro
Aktiv Tarif 500	80,00 Euro	500,00 Euro	160,00 Euro

Tabelle 14 Aktiv-Tarife der KKH

Quelle: eigene Darstellung

Aktiv-Young-Tarif

Das Mindesteinkommen liegt hier bei 6.400,00 Euro im Jahr, für selbst versicherte Studenten unter 30 Jahren gibt es keine Einkommensgrenze.

Selbstbehalt	Grundbonus	Gesundheitsbonus	max. Risiko
120,00 Euro	20,00 Euro	80,00 Euro	20,00 Euro unter Anrechnung des Gesundheitsbonus

Tabelle 15 Aktiv-Young-Tarif der KKH

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif

Bei der KKH kann ein Zwölftel des Jahresbeitrages inklusive Arbeitgeberanteil zurückerhalten werden, wenn der Versicherte und seine mitversicherten Angehörigen über 18 Jahren ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nehmen.

Früherkennung, Vorsorge, Prävention und Schutzimpfungen werden nicht angerechnet.

Kostenerstattungstarif

Wird nicht angeboten⁴⁶.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung wird nicht angeboten.

Es sind keine Kombinationen der verschiedenen Tarife möglich⁴⁷.

3.4.6 Knappschaft Bahn-See (ca. 1,6 Mio. Mitglieder)

Selbstbehalttarif

Die Knappschaft bietet, vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes, zwei Selbstbehalttarife an⁴⁸.

Tarif	Bruttojahreseinkommen	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
Tarif 100/200	bis 43.199,99 Euro	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
Tarif 400/600	ab 43.200,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro	200,00 Euro

Tabelle 16 Selbstbehalttarife der Knappschaft Bahn-See

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

Kostenerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

⁴⁶ Vgl. Antwortschreiben der KKH vom 08.04.08

⁴⁷ Vgl. www.kkh.de/detail am 02.03.08

⁴⁸ Vgl. www.Bundesknappschaft.de am 05.03.08 sowie Antwortschreiben der Knappschaft vom 04.04.08

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Für 19,10 Euro/Monat werden homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Arzneimittel bis zu 350,00 Euro jährlich erstattet⁴⁹.

3.4.7 Gmünder Ersatzkasse (rund 1,1 Mio. Mitglieder)Selbstbehalttarif

Wird nicht angeboten.

Beitragsrückerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

Kostenerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

Tarif für erweiterte LeistungenGEK-Plus-Tarif⁵⁰

Nur zusammen mit der Süddeutschen Krankenversicherung bietet die GEK einen Tarif für Naturheilverfahren an.

Ebenso werden Zusatzleistungen für Brillen, Zahnersatz, Auslandsversicherung und Kuren gewährt. Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

3.4.8 Deutsche BKK (rund 762.000 Mitglieder)Selbstbehalttarif⁵¹

Insgesamt gibt es sechs Selbstbehalttarife, wobei medizinische Vorsorge, Gesundheitsuntersuchungen, Prävention, Zahnprophylaxe sowie Leistungen von minderjährigen Mitversicherten nicht angerechnet werden.

⁴⁹ Vgl. Antwortschreiben Knappschaft vom 04.04.08 und www.Bundesknappschaft.de am 05.03.08

⁵⁰ Vgl. www.gek.de am 05.03.08

⁵¹ Vgl. www.deutschebkk.de/Beitr_ge_Bonusmodelle/Wahltarife, am 17.03.08

ProfiPlus

Tarif	Bruttोजahresgehalt	Selbstbehalt	BKK-Prämie	Risiko
ProfiPlus 100	ab 6.250,00 Euro	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
ProfiPlus 150	ab 9.375,00 Euro	250,00 Euro	150,00 Euro	100,00 Euro
ProfiPlus 200	ab 12.500,00 Euro	350,00 Euro	200,00 Euro	150,00 Euro
ProfiPlus 300	ab 18.750,00 Euro	500,00 Euro	300,00 Euro	200,00 Euro
ProfiPlus 500	ab 31.250,00 Euro	800,00 Euro	500,00 Euro	300,00 Euro
ProfiPlus 600	ab 37.500,00 Euro	1.000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro

Tabelle 17 ProfiPlus-Tarife der Deutschen BKK

Quelle: eigene Darstellung

Die Gehaltsstufen basieren auf einem eigenen Berechnungsmodell, da uns für diesen Tarif keine konkreten Daten zur Verfügung standen. Es wurde auch nach mehrmaliger Nachfrage nur die Rechnungsgrundlage dargelegt. Für jeden Versicherten wird von der Deutschen BKK der individuell mögliche Wahltarif errechnet.

Die Höchstprämie beträgt 20 % des vom Mitglied gezahlten Jahresbeitrages zur Krankenkasse ohne Arbeitgeberanteil.

Wenn der Versicherte seine BKK-Rückerstattungsgruppe gewählt hat, prüft die Deutschen BKK, ob der Tarif aufgrund der erfüllten Gehaltsstruktur gewählt werden kann⁵².

Ein Berechnungsbeispiel für die Einstufung des Selbstbehalttarifes:

Der allgemeine Beitragssatz beträgt bei der Deutschen BKK 14,2 %⁵³. Somit zahlt der Arbeitnehmer 7,1% plus zusätzlich 0,9 % Arbeitnehmeranteil.

Bei einem monatlichen Arbeitnehmerbeitrag von 200,00 Euro (jährlicher Krankenversicherungsbeitrag 2.400,00 Euro) sind 20 % hiervon 480,00 Euro. Es können also die Tarife Profi Plus 100 bis 300 gewählt werden, die Tarife Profi Plus 500 und 600 sind nicht wählbar.

⁵² Vgl. E-Mail der Deutschen BKK, Herr Schoor am 16.04.08

⁵³ Vgl. www.deutschebkk.de, am 12.03.08

Beitragsrückerstattungstarif

PrämienPlus

Die Versicherten erhalten

- im 1. Jahr 50%
- im 2. Jahr 75%
- ab dem 3. Jahr 100%

von einem Zwölftel des Jahresbeitrages inklusive Arbeitgeberanteil, wenn das Mitglied und seine volljährigen Mitversicherten ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nehmen⁵⁴.

Die Versicherten können jedoch Leistungen für medizinische Vorsorge, Gesundheitsuntersuchungen, Prävention und Zahnprophylaxe in Anspruch nehmen, ohne dass die Beitragsrückerstattung hiervon beeinträchtigt würde⁵⁵.

Eine Kombination der beiden Tarife ist nicht möglich.

Kostenerstattungstarif

Wird nach § 53 Abs. 4 SGB V nicht angeboten.

Tarif für Kostenübernahme für erweiterte Leistungen

Wird nach § 53 Abs. 5 SGB V nicht angeboten.

Es werden allerdings jedem Mitglied bestimmte Naturheilverfahren erstattet, sofern diese von einem Kassenarzt durchgeführt werden.

3.4.9 BKK Mobil Oil (rund 664.000 Mitglieder)

Von der BKK Mobil Oil werden bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Wahltarife angeboten. (Stand Oktober 2008)

⁵⁴ Vgl. E-Mail der Deutschen BKK, PrämienPlus vom 15.04.08

⁵⁵ Vgl. E-Mail der Deutschen BKK, PrämienPlus vom 15.04.08

3.4.10 Taunus BKK (rund 515.000 Mitglieder)

Selbstbehalttarif

Taunusflex

Prämien in Höhe von 100,00 bis 600,00 Euro können je nach Einkommen bei einem Selbstbehalt von 100,00 bis 1000,00 Euro erzielt werden. Das Risiko beträgt hierbei zwischen 20,00 und 400,00 Euro.

Bruttojahresgehalt	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
über 6.000,00 Euro	100,00 Euro	80,00 Euro	20,00 Euro
17.000-26.000,00 Euro	400,00 Euro	250,00 Euro	150,00 Euro
26.000-45.000,00 Euro	550,00 Euro	400,00 Euro	150,00 Euro
über 45.000,00 Euro	1.000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro

Tabelle 18 Taunusflex-Tarife der Taunus BKK

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif

Taunusmart

Rückzahlungen von max. 20% der Beiträge, höchstens jedoch, wie vom Gesetzgeber vorgegeben 600,00 Euro.

Diesen Tarif kann jeder wählen, der mindestens drei Monate bei der Taunus BKK versichert ist und über ein Jahreseinkommen von mindestens 10.000,00 Euro verfügt. Die Prämien werden nur bei kompletter Leistungsfreiheit gewährt, ausgenommen sind Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsmaßnahmen und Kinderuntersuchungen.

Bruttojahresgehalt	Prämie
10.000-39.999,00 Euro	120,00 Euro
Ab 40.000,00 Euro	480,00 Euro

Tabelle 19 Taunusmart-Tarif der Taunus BKK

Quelle: eigene Darstellung

Kostenerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Wird nicht angeboten⁵⁶.

3.4.11 BKK Essanelle (ca. 250.000 Mitglieder)Selbstbehalttarif

Bei der BKK Essanelle werden insgesamt sieben Selbstbehalttarife angeboten. Auf die Selbstbeteiligung nicht angerechnet werden Arzt- und Zahnarztbesuche ohne weitere Verordnung, gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen und Zuschüsse zu Präventionsmaßnahmen. Verordnete Medikamente und Folgekosten ärztlicher Behandlungen müssen bis zur Höhe der gewählten Selbstbeteiligung selbst finanziert werden.

Leistungen der mitversicherten Familienmitglieder werden nicht angerechnet⁵⁷.

Tarif	Bruttojahresgehalt	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
T100	bis 11.000,00 Euro	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
T150	11.000,00 Euro	200,00 Euro	150,00 Euro	50,00 Euro
T300	21.000,00 Euro	450,00 Euro	300,00 Euro	150,00 Euro
T450	32.000,00 Euro	800,00 Euro	450,00 Euro	350,00 Euro
T600	43.200,00 Euro	1.000,00 Euro	600,00 Euro	600,00 Euro

Tabelle 20 Selbstbehalttarif der BKK Essanelle

Quelle: eigene Darstellung

⁵⁶ Vgl. www.taunus-bkk.de und Antwortschreiben der Taunus BKK vom 11.04.08

⁵⁷ Vgl. www.bkk-essanelle.de/inhalte/versichert/leistungen/zusatzleistungen, am 12.03.08

Tarif Kuren

Kuren / Heil- / und Hilfsmittel werden dem Selbstbehalt unterstellt.

Dies bedeutet, dass jeder Versicherte, der diesen Tarif wählt und keine Kur, Heil- oder Hilfsmittel in Anspruch nimmt eine jährliche Prämie von 100,00 Euro erhält. Für den Fall einer entsprechenden Leistungsanspruchnahme, hat der Versicherte einen Eigenanteil von bis zu 500,00 Euro p.a. zu tragen. Bei einer Verordnung über beispielsweise Krankengymnastik im Wert von 87,60 Euro abzüglich des gesetzlichen Eigenanteils von 18,76 Euro, lohnt es sich für den Versicherten diese Behandlungskosten selbst zu bezahlen.

Bruttojahresgehalt	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
Ohne Einschränkung	500,00 Euro	100,00 Euro	400,00 Euro

Tabelle 21 Tarif Kuren der BKK Essanelle

Quelle: eigene Darstellung

Tarif kompakt

Dem Selbstbehalt werden Tarif Zähne, Tarif Kuren, häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten und künstliche Befruchtung unterstellt.

Im Fall, dass der Versicherte keine Leistungen für Zahnersatz oder andere der oben genannten Leistungen in Anspruch nimmt, kann er 300,00 Euro Prämie erhalten, ansonsten hat er einen Eigenanteil von bis zu 1.300,00 Euro zu tragen.

Bruttojahresgehalt	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
30.000,00 Euro	1.300,00 Euro	300,00 Euro	1.000,00 Euro

Tabelle 22 Tarif kompakt der BKK Essanelle

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarif⁵⁸

Wird nicht angeboten.

⁵⁸ Quelle: Telefonat mit Frau Enfad am 07.04.08 aufgrund des Rückschreibens vom 03.04.08

Kostenerstattungstarif

Wird nicht angeboten.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Wird nicht angeboten.

3.4.12 Vereinigte IKK (rund 705.000 Mitglieder)Selbstbehalttarif

Die Vereinigte IKK hat acht Selbstbehalttarife in ihrem Programm⁵⁹.

Je nach Einkommen können hier Prämien zwischen 50,00 und 500,00 Euro erhalten werden. Im Gegenzug verpflichtet sich der Versicherte zu einer Selbstbeteiligung der in Anspruch genommenen Leistungen zwischen 100,00 und 580,00 Euro. Das Risiko beträgt hierbei maximal 80,00 Euro.

Selbstbehalt vario+

Monatliches Einkommen	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
bis 500,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro	50,00 Euro
ab 500,00 Euro	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
ab 1.000,00 Euro	200,00 Euro	150,00 Euro	50,00 Euro
ab 1.500,00 Euro	280,00 Euro	200,00 Euro	80,00 Euro
ab 2.000,00 Euro	380,00 Euro	300,00 Euro	80,00 Euro
ab 2.500,00 Euro	480,00 Euro	400,00 Euro	80,00 Euro
ab 3.000,00 Euro	580,00 Euro	500,00 Euro	80,00 Euro
ab 3.500,00 Euro	680,00 Euro	600,00 Euro	80,00 Euro

Tabelle 23 Selbstbehalttarif vario+ der Vereinigten IKK

Quelle: eigene Darstellung

⁵⁹ Vgl. www.vereinigte-ikk.de

Beitragsrückerstattungstarif

Spar+

Wenn ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch genommen werden, erhält der Versicherte einen Teil seiner Beiträge zurück. Ausgenommen sind Leistungen für mitversicherte Angehörige unter 18 Jahren, Arzt- oder Zahnarztbesuche ohne weitere Verordnung, Vorsorgeleistungen und Gesundheitsuntersuchungen sowie Zahnprophylaxe, Schutzimpfungen, Krebsvorsorge und Check-up 35.

So kann das Mitglied bei Krankheit trotzdem zum Hausarzt gehen. Werden hierbei keine Verordnungen zu Lasten der GKV verschrieben, bleibt der Bonus unberührt.

Der Versicherte erhält nach

- einem Jahr 50%
- zwei Jahren 100%
- ab dem 3. Jahr 150% seiner monatlichen Krankenkassenbeiträge
exklusive Arbeitgeberanteil zurück (max. 20% der Jahresarbeitnehmerbeiträge,
höchstens 600,00 Euro).

Kostenerstattungstarif

Wird nach § 53 abs. 4 SGB V nicht angeboten.

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Plus-tarif naturmed+

Gegen eine monatliche Prämie von 10,00 Euro ist eine Kostenerstattung für homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel möglich.

Die Vereinigte IKK erstattet die Kosten bis zur Höhe des empfohlenen Apothekenpreises, der Versicherte trägt jeweils 20% Eigenanteil pro Medikament.

Pro Jahr werden maximal 200,00 Euro erstattet, nimmt der Versicherte im ersten Jahr keine naturmed+ Leistungen in Anspruch, beträgt die Erstattungsgrenze im zweiten Jahr 400,00 Euro, nach zwei Jahren Leistungsfreiheit im dritten Jahr 600,00 Euro.

4 Bewertung der Wahltarife

Der Tarif für Leistungsbeschränkung nach § 53 Abs.7 SGB V, bei dem beispielsweise Prämien zu Gunsten des Mitgliedes ausgezahlt werden können, wenn er im Gegenzug auf Leistungen der Kasse verzichtet, wird von keiner der untersuchten gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Um welche Leistungen es sich hierbei handeln könnte ist nicht definiert. Auch der Kostenerstattungstarif nach § 53 Abs. 4 SGB V wird kaum praktiziert.

Für gut verdienende, gesunde Versicherte lohnt sich der Selbstbehalttarif, da Prämien bis zu 600,00 Euro jährlich erzielt werden können. Die Prämien in diesen Tarifen für niedrigere Gehaltsstufen sind im Verhältnis zum Risiko weniger attraktiv.

In dieser Hinsicht sind Besserverdienende bevorzugt, da diejenigen, die sich einen höheren Selbstbehalt leisten können, auch mit höheren Prämien belohnt werden.

Für geringer verdienende Mitglieder dagegen kann der Beitragsrückerstattungstarif interessant sein. Denn falls das Mitglied während des Jahres erkrankt und einen Arzt konsultieren muss, besteht das einzige Risiko darin, die Prämie zu verlieren. Es besteht hier allerdings die Gefahr, dass ein Versicherter aufgrund der in Aussicht stehenden Prämie, im Krankheitsfall keine ärztliche Hilfe beansprucht und somit letztlich aufgrund von „möglichen Krankheitsspätfolgen“ höhere Behandlungskosten auf die Krankenkasse zukommen könnten. Im schlimmsten Falle besteht das Risiko, gesundheitliche Folgeschäden davonzutragen.

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

Noch nicht geklärt ist hier jedoch die Fallkonstellation, wenn ein Versicherter bereits Leistungen im Laufe des Versicherungsjahres selbst bezahlt hat, um seine Prämie zu sichern, aber am Ende des Jahres dann doch so schwer erkrankt, dass die Prämienzahlung seiner Krankenkasse nicht erfolgt. Hier ist

nicht davon auszugehen, dass die bereits selbst übernommenen Gesundheitsleistungen im Nachhinein noch von der gesetzlichen Krankenkasse zurückerstattet werden.

Da jeder Versicherte andere Prioritäten bei der Wahl seines Wahltarifes setzt, wird an dieser Stelle ein Nutzwert-Analyse-Modell vorgestellt. Das bedeutet, dass jeder Versicherter selbst entscheiden kann, wie hoch er aufgrund seiner individuellen Bedürfnisse die einzelnen Bewertungskategorien einstuft.

So werden zwischen 0 und 4 Punkte für definierte Tarifmerkmale vergeben, die der Versicherte dann seinen Erfordernissen entsprechend gewichtet. Multipliziert er seine gewählte Merkmal-Gewichtung jeweils mit den vergebenen Punkten und addiert die Zwischenergebnisse der einzelnen Kategorien, ergibt sich eine Gesamt-Punktzahl die seine individuellen Bedürfnisse je Krankenkassen-Wahltarif widerspiegelt.

Führt ein Versicherter dieses Bewertungsverfahren für jede gesetzliche Krankenkasse durch, die einen für ihn möglichen Wahltarif anbietet, lassen sich die einzelnen Wahltarif-Ergebnisse in einem Ranking miteinander vergleichen. Die gesetzliche Krankenkasse mit der höchsten Punktzahl erfüllt die von dem Versicherten gewählten Schwerpunktkriterien am ehesten.

So wird es z.B. für ein Mitglied mit drei mitversicherten volljährigen Angehörigen wichtiger sein, dass beispielsweise Arzt-Leistungen ohne Verordnungen in Anspruch genommen werden können, ohne dass sich dieses gleich auf den Selbstbehalt oder die Beitragsrückerstattung auswirkt. Dem gegenüber vermag für ein alleinstehendes Mitglied ggf. allein die Selbstbehaltshöhe oder die Prämienhöhe einen größeren Stellenwert haben.

Selbstbehalttarife

Bei dieser Tarifstruktur werden der jeweilige durchschnittliche Selbstbehaltsbetrag, die Prämienhöhe und der Umfang des Risikowertes gegenübergestellt.

Ein niedriger Selbstbehalt, niedriges Risiko und eine hohe Prämien erhalten dabei höhere Punktzahlen.

Außerdem werden Punkte für das Nichtanrechnen von Leistungen für volljährige Mitversicherte, Leistungen, welche, abgesehen von den gesetzlichen Bestimmungen, nicht angerechnet werden (z.B. reiner Arztbesuch ohne weitere Verordnung) sowie für die Möglichkeit der Risikominderung durch Bonusprogramme oder Leistungsfreiheit vergeben.

Da ab 2009 ein einheitlicher Beitragssatz gilt, fließen die kassenindividuellen Beitragssätze nicht in die Analyse ein.

Erläuterungen zur Punktvergabe für die einzelnen Kriterien der Selbstbehalttarife.

1). Gehaltsabhängige Kriterien:

Monatl. Gehalt	Selbstbehalt	Prämie	Risiko für den Versicherten
bis 1.750 Euro	4 Pkt. < 150 € 3 Pkt. 150-200 € 2 Pkt. 201-300 € 1 Pkt. > 300 €	4 Pkt. > 150 € 3 Pkt. 101-150 € 2 Pkt. 51-100 € 1 Pkt. < 50 €	3 Pkt. 41-80 € 2 Pkt. 81-120 € 1 Pkt. > 121 €
1.751-2.500 Euro	4 Pkt. < 200 € 3 Pkt. 200-300 € 2 Pkt. 301-400 € 1 Pkt. > 400 €	4 Pkt. > 300 € 3 Pkt. 201-300 € 2 Pkt. 121-200 € 1 Pkt. < 120 €	4 Pkt. < 50 € 3 Pkt. 50-100 € 2 Pkt. 101-150 € 1 Pkt. 150 €
2.501-3.600 Euro	4 Pkt. < 250 € 3 Pkt. 250-400 € 2 Pkt. 401-550 € 1 Pkt. > 550€	4 Pkt. > 500 € 3 Pkt. 351-500 € 2 Pkt. 200-350 € 1 Pkt. < 200 €	4 Pkt. < 80 € 3 Pkt. 80-150 € 2 Pkt. 151-300 € 1 Pkt. > 300 €
über 3.600 Euro	4 Pkt. < 350 € 3 Pkt. 350-550 € 2 Pkt. 551-800 € 1 Pkt. > 800€	4 Pkt. 600 € 3 Pkt. 451-599 € 2 Pkt. 250-450 € 1 Pkt. < 250 €	4 Pkt. < 100 € 3 Pkt. 100-250 € 2 Pkt. 251-400 € 1Pkt. > 400 €

Tabelle 24 Punktvergabe gehaltsabhängiger Kriterien der Selbstbehalttarife

Quelle: eigene Darstellung

2). Gehaltsunabhängige Kriterien der Selbstbehalttarife:

Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte	Nichtanrechnungsfähige Leistungen	Möglichkeit der Risikominimierung
4 Pkt. = keine Leistungen der Angehörigen werden angerechnet	4 Pkt. = Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnung frei, darüber hinaus wird nur ein Pauschalbetrag im amb. und stat. Bereich angerechnet	4 Pkt. = Bonus > Risiko
		2 Pkt. = Bonus = Risiko Risiko = 0
0 Pkt. = Leistungen der Angehörigen werden angerechnet	2 Pkt. = Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnung frei	1 Pkt. = Bonus < Risiko Risiko minimiert
		0 Pkt. = keine Risikominimierung Möglich

Tabelle 25 Punktvergabe gehaltsunabhängiger Kriterien der Selbstbehalttarife

Quelle: eigene Darstellung

Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife für Versicherte in der
Gehaltsstufe bis 1.750 Euro monatlich:

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	2	3	4	0	4	
DAK	4	2	3	0	0	4	
Techniker	3	3	4	0	2	0	
AOK	4	2	3	0	4	1	
AOK-Plus	4	2	3	0	4	0	
KKH	3	1	1	0	2	1	
Knappschaft	3	2	2	0	0	0	
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	
Taunus BKK	3	3	3	0	0	0	
BKK Essanelle	3	3	4	4	2	0	
Vereinigte IKK	3	3	3	0	0	0	
Gewichtung							

**Tabelle 26 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe bis
1.750,- Euro**

Quelle: eigene Darstellung

Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife für Versicherte in der
Gehaltsstufe von 1.750 bis 2.500,- Euro monatlich:

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	1	4	4	0	4	
DAK	3	1	2	0	0	4	
Techniker	3	3	3	0	2	0	
AOK	3	2	3	0	4	1	
AOK-Plus	3	2	3	0	4	0	
KKH	3	1	2	0	2	1	
Knappschaft	4	1	3	0	0	0	
Deutsche BKK	1	3	1	0	0	0	
Taunus BKK	1	4	2	0	0	0	
BKK Essanelle	1	3	2	4	2	0	
Vereinigte IKK	2	3	3	0	0	0	
Gewichtung							

Tabelle 27 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe von 1.750,- bis 2.500,-Euro

Quelle: eigene Darstellung

Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife für Versicherte in der
Gehaltsstufe von 2.500,- bis 3.600,- Euro monatlich:

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	1	4	4	0	4	
DAK	2	1	2	0	0	4	
Techniker	1	3	2	0	2	0	
AOK	2	3	3	0	4	1	
AOK-Plus	1	3	3	0	4	0	
KKH	3	2	3	0	2	1	
Knappschaft	4	1	3	0	0	0	
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	
Taunus BKK	2	3	3	0	0	0	
BKK Essanelle	1	4	1	4	2	0	
Vereinigte IKK	1	4	4	0	0	0	
Gewichtung							

Tabelle 28 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe von 2.500,- bis 3.600,-Euro

Quelle: eigene Darstellung

Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife für Versicherte in der Gehaltsstufe über 3.600,- Euro monatlich:

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs-fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	2	3	4	0	4	
DAK	3	1	2	0	0	4	
Techniker	1	4	2	0	2	0	
AOK	2	3	3	0	4	1	
AOK-Plus	2	4	3	0	4	0	
KKH	2	2	3	0	2	1	
Knappschaft	2	2	3	0	0	0	
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	
Taunus BKK	1	4	1	0	0	0	
BKK Essanelle	1	4	1	4	2	0	
Vereinigte IKK	2	4	4	0	0	0	
Gewichtung							

Tabelle 29 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe über 3.600,-Euro

Quelle: eigene Darstellung

Erläuterung zur Punktvergabe bei der Gewichtung:

- 3 Punkte = sehr wichtig
- 2 Punkte = wichtig
- 1 Punkt = etwas wichtig
- 0 Punkte = unwichtig

Beispiele zur Auswertung der Nutzwert-Analyse für Selbstbehalttarife.

Beispiel 1:

Das Wahltarif-Nutzwert-Modell wird nun anhand einer 35 jährigen, gesunden weiblichen Versicherten mit einem monatlichen Einkommen von 2.800,- Euro erläutert. Da sie alleinstehend ist und die letzten drei Jahre, außer zur Vorsorgeuntersuchung nicht beim Arzt war, ist für sie v.a. die Höhe der Prämie wichtig. Keine Rolle spielen für ihn Leistungen für mitversicherte Angehörige. Da sie gern Sport treibt, sucht sie nach einem Tarif, bei dem man durch gesundheitsbewusstes Verhalten das Risiko mindern kann.

Kasse	Höhe Selbstbehalt 4-1 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	1	4	4	0	4	27*
DAK	2	1	2	0	0	4	21**
Techniker	1	3	2	0	2	0	16***
AOK	2	3	3	0	4	1	24
AOK-Plus	1	3	3	0	4	0	20
KKH	3	2	3	0	2	1	20
Knappschaft	4	1	3	0	0	0	13
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	15
Taunus BKK	2	3	3	0	0	0	17
BKK Essanelle	1	4	1	4	2	0	17
Vereinigte IKK	1	4	4	0	0	0	21
Gewichtung	1	3	2	0	1	3	

$$* 1 \times 4 + 3 \times 1 + 2 \times 4 + 0 \times 4 + 1 \times 0 + 3 \times 4 = 27$$

$$** 1 \times 2 + 3 \times 1 + 2 \times 2 + 0 \times 0 + 1 \times 0 + 3 \times 4 = 18$$

$$*** 1 \times 1 + 3 \times 3 + 2 \times 2 + 0 \times 0 + 1 \times 2 + 3 \times 0 = 16$$

usw.

Tabelle 30 Beispiel 1 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife

Quelle: eigene Darstellung

In diesem Fall würde die Versicherte sich für die BARMER Ersatzkasse entscheiden, da dieser Tarif den höchsten Nutzwert für sie bringt.

Anders würde es sich bei einem Familienvater mit drei mitversicherten Kindern über 18 Jahren verhalten.

Beispiel 2:

Ein 45-jähriger alleinverdienender Vater von zwei Kindern sucht nach einem Tarif, bei dem mitversicherte Angehörige nicht angerechnet werden oder der Selbstbehalt gering ist, da seine Kinder schon volljährig sind und seine Frau Hausfrau ist und somit über ihn mitversichert. Das Risiko sollte gering sein, da das Risiko, dass einer der vier Personen krank wird relativ hoch ist. Monatlich hat der Familienvater 3.700,- Euro zur Verfügung. Da er viel arbeitet hat er seiner Meinung nach keine Zeit Sport zu treiben.

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 0-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 0-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 0-4 Punkte	Summe
BARMER	4	2	3	4	0	4	35*
DAK	3	1	2	0	0	4	16**
Techniker	1	4	2	0	2	0	19***
AOK	2	3	3	0	4	1	30
AOK-Plus	2	4	3	0	4	0	31
KKH	2	2	3	0	2	1	23
Knappschaft	2	2	3	0	0	0	17
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	10
Taunus BKK	1	4	1	0	0	0	10
BKK Essanelle	1	4	1	4	2	0	28
Vereinigte IKK	2	4	4	0	0	0	22
Gewichtung	3	1	3	3	3	0	

* $3 \times 4 + 1 \times 2 + 3 \times 3 + 3 \times 4 + 3 \times 0 + 0 \times 4 = 35$

** $3 \times 3 + 1 \times 1 + 3 \times 2 + 3 \times 0 + 3 \times 0 + 0 \times 4 = 16$

*** $3 \times 1 + 1 \times 4 + 3 \times 2 + 3 \times 0 + 3 \times 2 + 0 \times 0 = 19$

usw.

Tabelle 31 Beispiel 2 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife

Quelle: eigene Darstellung

Beispiel 3:

Ein Rentner hat 1.500,- Euro Rente monatlich zur Verfügung. Das letzte Jahr war er nur aufgrund einer Grippe beim Arzt und hat keine weitere Verordnung zu Lasten der Kasse bekommen. Er sucht nach einem Tarif mit geringen Selbstbehalt und Risiko sowie dem Ausschluss des reinen Arztbesuches ohne weitere Verordnung vom Selbstbehalt.

Kasse	Höhe Selbstbehalt 1-4 Punkte	Höhe Prämie 1-4 Punkte	Höhe Risiko 1-4 Punkte	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj. Mitversicherte 1-4 Punkte	Nichtanrechnungs- fähige Leistungen 1-4 Punkte	Möglichkeit der Risikominderung 1-4 Punkte	Summe
BARMER	4	2	3	4	0	4	31*
DAK	4	2	3	0	0	4	31**
Techniker	3	3	4	0	2	0	36***
AOK	4	2	3	0	4	1	40
AOK-Plus	4	2	3	0	4	0	39
KKH	3	1	1	0	2	1	22
Knappschaft	3	2	2	0	0	0	21
Deutsche BKK	1	4	1	0	0	0	18
Taunus BKK	3	3	3	0	0	0	27
BKK Essanelle	3	3	4	4	2	0	36
Vereinigte IKK	3	3	3	0	0	0	27
Gewichtung	3	3	3	0	3	1	

* $3 \times 4 + 3 \times 2 + 3 \times 3 + 0 \times 4 + 3 \times 0 + 1 \times 4 = 31$

** $3 \times 4 + 3 \times 2 + 3 \times 3 + 0 \times 0 + 3 \times 0 + 1 \times 4 = 31$

*** $3 \times 3 + 3 \times 3 + 3 \times 4 + 0 \times 0 + 3 \times 2 + 1 \times 0 = 36$

usw.

Tabelle 32 Beispiel 3 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife

Quelle: eigene Darstellung

Beitragsrückerstattungstarife

Hier wird die Höhe der jährlichen Rückerstattung bewertet. Bei niedrigeren Rückerstattungen im ersten Jahr gibt es Punktabzug.

Außerdem fließen nichtanrechnungsfähige Leistungen, abgesehen von den gesetzlichen Bestimmungen, mit ein sowie die Nichtanrechnung mitversicherter volljähriger Familienmitglieder.

Hieraus leitet sich das folgende Nutzwert-Modell ab:

Kasse	Höhe der Rückerstattung*	nichtanrechnungsfähige Leistungen	Nichtanrechnung von Leistungen für vollj.	Summe
	4 Punkte hoch 1 Punkt niedrig	4 Punkte = reiner Arztbesuch ohne weitere Verordnung wird nicht angerechnet 0 Punkte = jede Leistung wird angerechnet	Mitversicherte 0-4 Punkte	
BARMER	1	0	0	
Techniker	2	0	0	
KKH	4	0	0	
Deutsche BKK	3	0	0	
Taunus BKK	2	0	0	
Vereinigte IKK	2	4	0	
Gewichtung				

Tabelle 33 Nutzwert-Analyse-Modell der Beitragsrückerstattungstarife

Quelle: eigene Darstellung

*Erläuterung zur Punktvergabe bei der Höhe der Rückerstattung:

4 Punkte = 1/12 der Jahresbeiträge jährlich inkl. Arbeitgeberanteil

3 Punkte = 1/12 der Jahresbeiträge exkl. Arbeitgeberanteil vom ersten Jahr an

2 Punkte = 1/12 der Jahresbeiträge exkl. Arbeitgeberanteil erst ab dem dritten Jahr vollständig

1 Punkt = weniger als 1/12 der Jahresbeiträge

Da die DAK diesen Tarif nur für freiwillig Versicherte anbietet, wurde sie aus der Bewertung herausgenommen.

Kostenerstattungstarif

Da die Techniker Krankenkasse die einzige Kasse ist, die einen solchen Tarif nach § 53 anbietet, ist es überflüssig eine Nutzwert-Analyse durchzuführen.

Aus diesem Grund erfolgt hier eine reine Bewertung nach Preis, Leistung im ambulanten und stationären Bereich sowie dem ermäßigten Beitrag für mitversicherte Kinder bis zum 25. Lebensjahr.

Kasse	Leistungen amb. 4-0 Punkte	Leistungen stat. 4-0 Punkte	Beitrag für mitversicherte Kinder 4-0 Punkte
Techniker	3	0	2

Tabelle 34 Bewertung des Kostenerstattungstarifes der TK

Quelle: eigene Darstellung

Tarif für Kostenübernahme für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Es werden Punkte für den Preis, die Höhe der Erstattung und das Leistungsspektrum vergeben.

	Preis 1-4 Punkte 1 = hoch 4 = niedrig	Höhe der Erstattung 1-4 Punkte 1 = niedrig 4 = hoch	Leistungsumfang 1-4 Punkte 1 = gering 4 = umfangreich	
Kasse				Summe
Techniker	4	2	2	
Knappschaft	1	3	2	
Vereinigte IKK	3	1	2	
AOK Plus	4	2	2	
Gewichtung				

Tabelle 35 Nutzwert-Analyse-Modell der Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung

Quelle: eigene Darstellung

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, einen direkten Vergleich einzelner Wahltarife der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen für alle relevanten Gehaltsstufen, Prämienhöhen des Selbstbehaltes und der potentiellen Risikobeträge durchzuführen. Auch ist zu bedenken, dass einzelne gesetzliche Krankenkassen ihre Selbstbehalttarife an Bonusprogramme oder Rückerstattungstarife koppeln, weshalb für eine Tarifwahl ein direkter Vergleich immer nur im Hinblick auf die individuellen Hauptkriterien erfolgen kann. Um eine Wahltarifgegenüberstellung vor dem Hintergrund der großen Angebotsvielfalt modellhaft zu etablieren, haben wir im Anhang eine Übersicht der reinen Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife, das heißt ohne kombinierte Bonustarife zusammengefasst und diese durch Übersichten der Kostenerstattungstarife und der Tarife für die Übernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapieform ergänzt (Stand: 05-2008).

5 Fazit

Die Einführung der Wahltarife als Wettbewerbsinstrument zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist als Mehrwert für den mündigen Versicherten anzusehen.

Auf diese Weise kann sich ein Versicherter in der GKV sein „Versichertenpaket“ entsprechend seiner Bedürfnisse selbst zusammenstellen. Dies ist als großer Fortschritt in Richtung einer Erhöhung der Patienten-Selbstverantwortung zu werten.

Auch kann ein solcher Schritt als Möglichkeit betrachtet werden, dem Versicherten durch ein „monetäres Anreizsystem“ zu verdeutlichen, dass er mit seinem gesundheitsbezogenen Verhalten seine Tarifstruktur mit beeinflussen kann.

Die Versorgungswahltarife dienen auch dazu, ein größeres Augenmerk auf die angebotenen Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen zu richten; eine Teilnahme an einem solchen Behandlungskonzept kann auch einen monetär nachvollziehbaren Vorteil bedingen. So wird es dann wohl

möglich sein, die Anzahl von Versicherten in speziellen Behandlungsprogrammen über die kommende Jahre zu erhöhen. Hieraus erwarten wir heute eine Zunahme der mittel- bis langfristigen Versorgungsqualität.

Monetäre Wahltarife sind für den einzelnen Versicherten - aus unserer eigenen Erfahrung heraus - auf den ersten Blick nur schwer zu bewerten. Vor diesem Hintergrund haben wir ein Wahltarife-Nutzwert-Modell entwickelt, welches jeder Versicherte auf seine individuelle Einkommens-, Familien- und gewünschte Versorgungskoordinaten anpassen kann. Das hier vorgestellte Modell soll in den kommenden Jahren auf der Basis der gewonnenen Erfahrungen weiterentwickelt werden.

Der bereits angesprochene erhöhte Wettbewerb zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen wird, durch die Einführung dieser Wahltarife, um eine weitere sehr wichtige Facette bereichert:

Die gesetzlichen Krankenkassen haben seitens des Gesetzgebers ein Instrument an die Hand bekommen, um im Wettbewerb zu den privaten Krankenkassen-Anbietern schärfer konturierte Angebotskonzepte entwickeln zu können. Es bleibt an dieser Stelle abzuwarten, inwieweit dieses Instrument der „Wahltarife“ von den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen angeboten und weiterentwickelt wird und wie die Versicherten auf die neuen Varianten der Krankenversicherungstarifgestaltung im Zeitalter steigender Beitragssätze reagieren werden.

Anhang

Übersicht der Selbstbehalttarife

Aufgrund der Vielfalt wurden die Gehaltsstufen in Gruppen zusammengefasst, so dass bei einigen Kassen das monatliche Bruttogehalt um bis zu maximal 167 Euro abweichen kann.

In einigen Tabellen können sich Wahltarife der einzelnen Krankenkassen wiederholen, da die Gehaltsspannen unterschiedlich groß sind.

Es wurden elf Gehaltsstufen aufgeführt, da die Vereinigte IKK acht Selbstbehalttarife anbietet und die Gehaltsstufen der verschiedenen Kassen teilweise so weit auseinander liegen, dass noch drei zusätzliche Stufen eingebaut werden mussten, um das Ergebnis nicht zu sehr zu verzerren.

Darunter wird aufgelistet, bei welchen Krankenkassen das Risiko durch Bonusprogramme minimiert werden kann, sowie die Leistungen, die vom Selbstbehalt unberührt bleiben.

Monatlicher Bruttolohn ohne Einschränkung:

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BKK Essanelle	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
Vereinigte IKK	100,00 Euro	50,00 Euro	50,00 Euro
AOK-Plus	100,00 Euro	50,00 Euro	50,00 Euro
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
DAK	120,00 Euro	60,00 Euro	60,00 Euro
AOK-Bayern	125,00 Euro	50,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li Rheinl., Niedersachsen	120,00 Euro	40,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
KKH	X	X	X
Techniker	X	X	X
Taunus BKK	X	X	X
Deutsche BKK	X	X	X

Monatlicher Bruttolohn über 500 Euro:

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
Taunus BKK	100,00 Euro	80,00 Euro	20,00 Euro
BKK Essanelle	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
Techniker	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
AOK-Plus	100,00 Euro	50,00 Euro	50,00 Euro
Vereinigte IKK	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
DAK	120,00 Euro	60,00 Euro	60,00 Euro
AOK-Bayern	125,00 Euro	50,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li, Rheinl., Niedersachsen	120,00 Euro	40,00 Euro	80,00 Euro
Deutsche BKK	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
KKH	X	X	X

Monatlicher Bruttolohn über 750 Euro:

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
Taunus BKK	100,00 Euro	80,00 Euro	20,00 Euro
BKK Essanelle	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
Techniker	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
AOK-Plus	100,00 Euro	50,00 Euro	50,00 Euro
Vereinigte IKK	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
DAK	120,00 Euro	60,00 Euro	60,00 Euro
AOK-Bayern	125,00 Euro	50,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li, Rheinl., Niedersachsen	120,00 Euro	40,00 Euro	80,00 Euro
Deutsche BKK	250,00 Euro	150,00 Euro	100,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
KKH	X	X	X

Monatlicher Bruttolohn über 1000 Euro:

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
Taunus BKK	100,00 Euro	80,00 Euro	20,00 Euro
Techniker	120,00 Euro	100,00 Euro	20,00 Euro
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
Vereinigte IKK	200,00 Euro	150,00 Euro	50,00 Euro
BKK Essanelle	200,00 Euro	150,00 Euro	50,00 Euro
DAK	120,00 Euro	60,00 Euro	60,00 Euro
AOK-Bayern	175,00 Euro	100,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li, Rheinl.,Niedersachsen	170,00 Euro	90,00 Euro	80,00 Euro
AOK-Plus	180,00 Euro	100,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
KKH	170,00 Euro	40,00 Euro	130,00 Euro
Deutsche BKK	350,00 Euro	200,00 Euro	150,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 1500 Euro:

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
BKK Essanelle	200,00 Euro	150,00 Euro	50,00 Euro
Techniker	300,00 Euro	240,00 Euro	60,00 Euro
AOK Bayern	225,00 Euro	150,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li Rheinl.,Niedersachsen	220,00 Euro	140,00 Euro	80,00 Euro
AOK-Plus	230,00 Euro	150,00 Euro	80,00 Euro
Vereinigte IKK	280,00 Euro	200,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
DAK	240,00 Euro	108,00 Euro	132,00 Euro
KKH	170,00 Euro	40,00 Euro	130,00 Euro
Taunus BKK	400,00 Euro	250,00 Euro	150,00 Euro
Deutsche BKK	500,00 Euro	300,00 Euro	200,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 1750 Euro

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
Techniker	300,00 Euro	240,00 Euro	60,00 Euro
AOK Bayern	225,00 Euro	150,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li Rheinl.,Niedersachsen	220,00 Euro	140,00 Euro	80,00 Euro
AOK-Plus	230,00 Euro	150,00 Euro	80,00 Euro
Vereinigte IKK	280,00 Euro	200,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
DAK	240,00 Euro	108,00 Euro	132,00 Euro
KKH	240,00 Euro	100,00 Euro	140,00 Euro
Taunus BKK	400,00 Euro	250,00 Euro	150,00 Euro
BKK Essanelle	450,00 Euro	300,00 Euro	150,00 Euro
Deutsche BKK	500,00 Euro	300,00 Euro	200,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 2000 Euro

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
Techniker	300,00 Euro	240,00 Euro	60,00 Euro
AOK Bayern	275,00 Euro	200,00 Euro	75,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li Rheinl.,Niedersachsen	270,00 Euro	190,00 Euro	80,00 Euro
AOK-Plus	330,00 Euro	250,00 Euro	80,00 Euro
Vereinigte IKK	380,00 Euro	300,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
DAK	240,00 Euro	108,00 Euro	132,00 Euro
KKH	240,00 Euro	100,00 Euro	140,00 Euro
BKK Essanelle	450,00 Euro	300,00 Euro	150,00 Euro
Taunus BKK	550,00 Euro	400,00 Euro	150,00 Euro
Deutsche BKK	500,00 Euro	300,00 Euro	200,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 2500 Euro

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
AOK Bayern	325,00 Euro	250,00 Euro	75,00 Euro
Vereinigte IKK	480,00 Euro	400,00 Euro	80,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li Rheinl., Niedersachsen	330,00 Euro	240,00 Euro	90,00 Euro
AOK-Plus	440,00 Euro	350,00 Euro	90,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
KKH	370,00 Euro	220,00 Euro	150,00 Euro
Taunus BKK	550,00 Euro	400,00 Euro	150,00 Euro
Techniker	580,00 Euro	400,00 Euro	180,00 Euro
DAK	360,00 Euro	156,00 Euro	204,00 Euro
BKK Essanelle	800,00 Euro	450,00 Euro	350,00 Euro
Deutsche BKK	800,00 Euro	500,00 Euro	300,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 3000 Euro

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
AOK Bayern	425,00 Euro	350,00 Euro	75,00 Euro
Vereinigte IKK	580,00 Euro	500,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li Rheinl., Niedersachsen	440,00 Euro	340,00 Euro	100,00 Euro
AOK-Plus	550,00 Euro	450,00 Euro	100,00 Euro
KKH	370,00 Euro	220,00 Euro	150,00 Euro
Taunus BKK	550,00 Euro	400,00 Euro	150,00 Euro
Techniker	580,00 Euro	400,00 Euro	180,00 Euro
DAK	360,00 Euro	156,00 Euro	204,00 Euro
BKK Essanelle	800,00 Euro	450,00 Euro	350,00 Euro
Deutsche BKK	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über 3500 Euro

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
BARMER	150,00 Euro	100,00 Euro	50,00 Euro
AOK Bayern	575,00 Euro	500,00 Euro	75,00 Euro
Vereinigte IKK	680,00 Euro	600,00 Euro	80,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro	100,00 Euro	100,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li Rheinl.,Niedersachsen	660,00 Euro	540,00 Euro	120,00 Euro
AOK-Plus	720,00 Euro	600,00 Euro	120,00 Euro
Taunus BKK	550,00 Euro	400,00 Euro	150,00 Euro
KKH	370,00 Euro	220,00 Euro	150,00 Euro
DAK	550,00 Euro	216,00 Euro	334,00 Euro
Techniker	960,00 Euro	600,00 Euro	360,00 Euro
BKK Essanelle	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro
Deutsche BKK	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro

Monatlicher Bruttolohn über der Beitragsbemessungsgrenze

Krankenkasse	Selbstbehalt	Prämie	Risiko
AOK Bayern	575,00 Euro	500,00 Euro	75,00 Euro
Vereinigte IKK	680,00 Euro	600,00 Euro	80,00 Euro
BARMER	300,00 Euro	420,00 Euro	120,00 Euro
AOK Bawü,Hessen,We-Li Rheinl.,Niedersachsen	660,00 Euro	540,00 Euro	120,00 Euro
AOK-Plus	720,00 Euro	600,00 Euro	120,00 Euro
KKH	580,00 Euro	420,00 Euro	160,00 Euro
Knappschaft	600,00 Euro	400,00 Euro	200,00 Euro
DAK	550,00 Euro	216,00 Euro	334,00 Euro
Techniker	960,00 Euro	600,00 Euro	360,00 Euro
Taunus BKK	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro
BKK Essanelle	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro
Deutsche BKK	1000,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro

Keinen Selbstbehalttarif bieten an:

Gmünder Ersatzkasse

BKK MobilOil

Das maximale Risiko beträgt bei der:

AOK Bayern	75,00 Euro
Vereinigte IKK	80,00 Euro
AOK-Plus	120,00 Euro
AOK Bawü, Hessen, We-Li Rheinl., Niedersachsen	120,00 Euro
BARMER	120,00 Euro
KKH	160,00 Euro
Knappschaft	200,00 Euro
DAK	334,00 Euro
Techniker	360,00 Euro
Taunus BKK	400,00 Euro
BKK Essanelle	400,00 Euro
Deutsche BKK	400,00 Euro

Bei der AOK und KKH können Sie durch gesundheitsbewusstes Verhalten eine Zusatzprämie erhalten und somit Ihr Risiko minimieren:

KKH jährlich um 80,00 Euro.

AOK Staffelbonus: AOK Bayern:

10,00 Euro pro Jahr, 30,00 Euro nach 3 Jahren.

AOK Baden-Württemberg, Hessen, Westfalen-Lippe,
Rheinland/Hamburg, Niedersachsen:

20,00 Euro pro Jahr, 60,00 Euro nach 3 Jahren.

Der reine Arztbesuch ohne weitere Verordnung findet bei der Techniker Krankenkasse, der AOK, der Deutschen BKK, der BKK Essanelle und der Vereinigten IKK keine Anrechnung.

Bei der BKK Essanelle und der BARMER bleiben Leistungen der mitversicherten Angehörigen unberücksichtigt.

Übersicht der Beitragsrückerstattungstarife:

Bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen können Versicherte einen Teil der Beiträge zurück bekommen:

BARMER Ersatzkasse

1. Jahr	80,00 Euro
2. Jahr	120,00 Euro
3. Jahr	200,00 Euro

bei durchgehender Leistungsfreiheit.

DAK:

1. Jahr	300,00 Euro
2. Jahr	420,00 Euro
3. Jahr	540,00 Euro

bei durchgehender Leistungsfreiheit,
nur für freiwillig Versicherte.

Techniker:

1/12 der Jahresbeiträge exklusive Arbeitgeberanteil.

AOK Baden-Württemberg:

1/12 der gezahlten Jahresbeiträge, nur für freiwillig Versicherte in Kombination mit der Kostenerstattung.

KKH:

1/12 der Jahresbeiträge inklusive Arbeitgeberanteil.

Deutsche BKK:

1. Jahr 50 %,
2. Jahr 75 %

Ab dem 3. Jahr 100%

von 1/12 der Jahresbeiträge inklusive Arbeitgeberanteil,
bei durchgehender Leistungsfreiheit.

Taunus BKK

20% der Beiträge, Jahreseinkommen mind. 10.000 Euro

10.000-39.999 Euro 120,00 Euro

über 40.000 Euro 480,00 Euro

man muss mind. 3 Monate Mitglied sein.

Vereinigte IKK

1. Jahr	50%
2. Jahr	100%
3. Jahr	150%

Der monatlichen Beiträge exklusive Arbeitgeberanteil.

(max. 20% der Jahresbeiträge, höchstens 600,00 Euro),
bei durchgehender Leistungsfreiheit.

Keinen Beitragsrückerstattungstarif bieten an:

AOK (ausgenommen der AOK-Baden-Württemberg für freiwillig Versicherte)

Knappschaft

Gmünder Ersatzkasse

BKK Mobil Oil

BKK Essanelle

Übersicht der Kostenerstattungstarife:

Kasse	durchschnittl. Prämie	Risikoprüfung	Eigenanteil	Leistungen
Techniker*	altersabhängig 49,80 Euro	keine Prüfung, geschlechter- unabhängig	10% begrenzt auf 400,00€/Jahr	nur im amb. Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnärzte sind ausge- schlossen

*andere Kassen bieten diesen Tarif nicht an.

Bei diesen Krankenkassen kann man jedoch durch private Zusatzversicherungen Privatleistungen in Anspruch nehmen.

Übersicht der Tarife für Kostenübernahme von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtung:

Kasse	durchschnittliche Prämie/Monat	durchschnittl. Prämie/Jahr	Eigenanteil	Leistungsbegrenzung	max. Profit
Techniker	altersabhängig 8,90 Euro	106,80 Euro	10%	durchschnittl. alters- abhängig 200,00 Euro	73,20 Euro
Knappschaft	19,10 Euro	229,20 Euro	keinen	350,00 Euro/Jahr	120,80 Euro
Vereinigte IKK	10,00 Euro	120,00 Euro	20%	200,00 Euro	40,00 Euro
AOK Plus	altersabhängig 9,00 Euro	108,00 Euro	10%	durchschnittlich alters- abhängig 195,00 Euro	67,50 Euro

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Solidarausgleich in der GKV	4
Abbildung 2: Das Sachleistungsprinzip.....	5
Abbildung 3: GKV-WSG: Was kommt wann	7
Abbildung 4: Multimorbidität und 50-Prozent-Schwellenwert	10

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Selbstbehalttarife der BARMER	23
Tabelle 2 Beitragsrückerstattungstarif der BARMER	24
Tabelle 3 Selbstbehalttarife der DAK	25
Tabelle 4 Übersicht der Tarife DAKproPartner 1-4	26
Tabelle 5 Beitragsrückerstattungstarif der DAK	27
Tabelle 6 Selbstbehalttarife der Techniker Krankenkasse	28
Tabelle 7 Prämienübersicht TK-Privat-Praxis	30
Tabelle 8 Prämienübersicht Tk-Privat-Natur-Arznei.....	31
Tabelle 9 Selbstbehalttarife der AOK Bayern	33
Tabelle 10 Selbstbehalttarife der AOK Baden-Württemberg, Hessen, Westfalen- Lippe, Niedersachsen, Rheinland/Hamburg	34
Tabelle 11 Selbstbehalttarife der AOK Plus.....	35
Tabelle 12 Kombinationstarif der AOK Niedersachsen differenziert nach der Einkommenssituation.....	36
Tabelle 13 Prämienübersicht AOK Plus natur.....	38
Tabelle 14 Aktiv-Tarife der KKH.....	39
Tabelle 15 Aktiv-Young-Tarif der KKH.....	39
Tabelle 16 Selbstbehalttarife der Knappschaft Bahn-See.....	40
Tabelle 17 ProfiPlus-Tarife der Deutschen BKK	42
Tabelle 18 Taunusflex-Tarife der Taunus BKK	44
Tabelle 19 Taunusmart-Tarif der Taunus BKK.....	44
Tabelle 20 Selbstbehalttarif der BKK Essanelle.....	45
Tabelle 21 Tarif Kuren der BKK Essanelle.....	46
Tabelle 22 Tarif kompakt der BKK Essanelle.....	46
Tabelle 23 Selbstbehalttarif vario+ der Vereinigten IKK.....	47
Tabelle 24 Punktvergabe gehaltsabhängiger Kriterien der Selbstbehalttarife...	53
Tabelle 25 Punktvergabe gehaltsunabhängiger Kriterien der Selbstbehalttarife	54
Tabelle 26 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe bis 1.750,- Euro	55
Tabelle 27 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe von 1.750,- bis 2.500,-Euro	56

Tabelle 28 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe von 2.500,- bis 3.600,-Euro	57
Tabelle 29 Nutzwert-Analyse-Modell der Selbstbehalttarife bei einer Gehaltsstufe über 3.600,-Euro.....	58
Tabelle 30 Beispiel 1 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife	59
Tabelle 31 Beispiel 2 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife	60
Tabelle 32 Beispiel 3 einer Nutzwert-Analyse der Selbstbehalttarife	61
Tabelle 33 Nutzwert-Analyse-Modell der Beitragsrückerstattungstarife	62
Tabelle 34 Bewertung des Kostenerstattungstarifes der TK	63
Tabelle 35 Nutzwert-Analyse-Modell der Tarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtung	64

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	AOK Bundesverband
BKK	Betriebskrankenkasse
BVA	Bundesversicherungsamt
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DMP	Disease Management Programm
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab für Ärzte
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenkasse
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IKK	Innungskrankenkasse
IV	Integrierte Versorgung
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
WSG	Wettbewerbstärkungsgesetz

Literaturverzeichnis

- Ärztliche Praxis www.aerztlichepraxis.de/rw_5_News_politik_News_ID_11750
- AOK Baden-Württemberg www.aok.de/bawue/rd
- AOK Bayern www.aok.de/bay/rd/189760.php
- AOK Bund www.aok.de/bund/wahltarife/wahltarife.htm
- AOK Bundesverband
 Gesetzesbeschluss des Bundestags, Bundesrats-
 Drucksache 75/07, S.12
 Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur
 Gesundheitsreform 2006, S.29
 Gesundheitsreform im Überblick, GKV-WSG
 Glossar
 Politik-Themen-Risikostrukturausgleich
www.aok-bv.de
 Ergebnisse des Spitzentreffens der großen
 Koalition
 Gesundheitspolitik-Reformwerkstatt
www.aok-bv.de/politik/reformwerkstatt/reform2006
- AOK Hessen www.aok.de/hes/rd
- AOK Niedersachsen www.aok.de/nieders/rd
- AOK Rheinland/Hamburg www.aok.de/rh/rd/wahltarife-tarifklassen
- AOK Westfalen-Lippe www.aok.de/wl/rd
- AOK Plus www.aok.de/aokplus/rd
- BKK
 Die BKK 1/2008, S.25
 Wahltarife -rechtliche Rahmenbedingungen
 von Richard Giesen
- BKK Essanelle www.bkk-essanelle.de/inhalte/versichert/

BKK Mobil Oil	leistungen/zusatzleistungen www.bkk-mobil-oil.de
Bundesknappschaft	www.bundesknappschaft.de
DAK	www.dak.de/content/daktarif
Deutsche BKK	www.deutschebkk.de/beitr_ge_Bonusmodelle/wahltarife
Gmünder Ersatzkasse	www.gek.de
Institut für Medizinische Soziologie	Diskussionspapier 2007-1 Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik, Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen
KKH	www.kkh.de/detail KKH-Broschüre 2007 www.angestelltenkrankenkasse.de/kkh2006/BROSCHURES621pdf
Krankenkassen-Vergleich- gesetzliche Krankenkassen	www.Krankenkasseninfo.de/wahltarife/wtliste.php
Orlowski/Wasem	Gesundheitsreform 2004 GKV-Modernisierungsgesetz
Pitschkas, Rainer	Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform, 2005
Taunus BKK	www.taunus-bkk.de

Techniker Krankenkasse www.tk-online/centaurus/generator/tk-online.de

Vereinigte IKK www.vereinigte-ikk