Kundenbindung durch Wahltarife – Neue Möglichkeiten im Krankenkassen-Marketing

Wahltarife gewinnen als Marketing-Instrument in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Bedeutung. Sie können dazu beitragen, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sinnvoll zu steuern und Mitglieder zu binden. Der Erfolg der Tarife hängt maßgeblich von ihrer soliden Kalkulation und der Akzeptanz der Versicherten ab. Ob sich das Angebot von Wahltarifen für eine Krankenkasse lohnt, ist jedoch im Einzelfall zu prüfen. Neben den Chancen sind auch die Risiken der Tarife zu beachten.

■ Guido W. Weber

1. Wahltarife in der Solidargemeinschaft der GKV

Mit der Umsetzung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) gewinnen Wahltarife als Marketing-Instrument von Krankenkassen an Bedeutung. Als Reaktion auf den Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) sollten Wahltarife ursprünglich die freiwilligen Mitglieder von einem Wechsel in die PKV abhalten. Die erweiterten Handlungsspielräume für das Angebot von Wahltarifen zielen nun zusätzlich darauf ab, die Wettbewerbsdynamik auch zwischen den Krankenkassen zu erhöhen. An die Finanzierung von Wahltarifen stellt dies besondere Anforderungen. Um dem Solidarprinzip gerecht zu werden, müssen Krankenkassen mögliche Einsparpotenziale identifizieren und das Angebot von Wahltarifen darauf ausrichten.

1.1 Wahltarife vor und nach dem GKV-WSG

Wahltarife sind alternative Versicherungsformen, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung anstelle der Regelversorgung abschließen können. Grundsätzlich lassen sich Wahltarife in Tarife für den Unterversicherungsschutz und Tarife für den Vollversicherungsschutz unterscheiden.[1]

Zu den *Wahltarifen für den Unterversicherungsschutz* gehören Tarife, die es ermöglichen, einzelne Leistungen abzuwählen oder einen Teil der Leistungen über Selbstbehalte abzudecken. Bei *Wahltarifen für den Vollversicherungsschutz* erhalten die Versicherten den vollen Leistungsumfang, sie verpflichten sich jedoch, an einem Versorgungsangebot außerhalb der sonst üblichen Regelversorgung teilzunehmen. Dazu zählen z.B. Tarife für die Teilnahme an Hausarztmodellen oder an Angeboten im Rahmen der Integrierten Versorgung (IGV). Kombinationen der beiden Versicherungsformen sind möglich.

Bereits vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) konnten Krankenkassen drei Tarifmodelle in ihren Satzungen vorsehen:

- Kostenerstattung (§ 13 SGB V);
- Selbstbehalt (§ 53 SGB V);
- Beitragsrückzahlung (§ 54 SGB V, seit 1.4.2007 in § 53 Abs. 2).

Die *Kostenerstattung* können alle Mitglieder wählen. Entscheidet sich ein Mitglied für die Kostenerstattung, dann werden die Behandlungen nicht mehr kostenfrei unter Vorlage der Krankenversichertenkarte durchgeführt, sondern nach der privatärztlichen Gebührenordnung dem Patienten in Rechnung gestellt. Der Anspruch auf Erstattung besteht jedoch höchstens in der Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse normalerweise zu tragen hätte. Als Ausgleich für diese Mehrkosten werden die Versicherten wie Privatpatienten behandelt. An die Wahl der Kostenerstattung waren die Mitglieder bis 2007 für mindestens ein Jahr gebunden.

Beim *Selbstbehalt* tragen die Mitglieder die Kosten ihrer medizinischen Leistungen bis zu einem vorgegebenen Betrag selbst. Im Gegenzug erhalten sie eine Beitragsermäßigung. Wenn ein Mitglied keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nimmt, dann kann es bei der Wahl eines Selbstbehalttarifs seine jährlichen Prämienzahlungen um bis zu 600 Euro reduzieren. Der Tarif steht seit 2004 freiwilligen Mitgliedern zur Verfügung. Die Bindung betrug bis 2007 ebenfalls ein Jahr.

Guido W. Weber, Diplom-Kaufmann, Eberhard Karls Universität Tübingen, Doktorand am Lehrstuhl für Marketing

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Krankenkassen können seit 2004 auch eine *Beitragsrückzahlung* für ihre freiwilligen Mitglieder vorsehen. Wenn ein Mitglied in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch nimmt, dann erhält es einen Teil seiner Beiträge zurück. Vorsorgeuntersuchungen und gesundheitsfördernde Leistungen fallen nicht unter diese Regelung.

Mit der Umsetzung des GKV-WSG zum 1. April 2007 müssen die gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 53 SGB V nun auch Tarife für die Teilnahme der Versicherten an besonderen Versorgungsformen anbieten. Dazu gehören Tarife für die integrierte und hausarztzentrierte Versorgung, die besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und Modellvorhaben. Eine gesetzliche Mindestbindungsfrist gilt für diese *Pflichttarife* nicht.

Zusätzlich können Krankenkassen *freiwillige Wahltarife* in ihr Angebot aufnehmen. Neben den seit 2004 eingeführten Selbstbehalttarifen und Tarifen für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen, sind durch das GKV-WSG auch variable Kostenerstattungstarife und Tarife, die eine Übernahme der Kosten für die von der Regelversorgung ausgeschlossenen Arzneimittel und Therapieeinrichtungen beinhalten, möglich. Eine Beschränkung auf die Gruppe der freiwilligen Mitglieder findet nicht mehr statt. Die neue Mindestbindungsfrist beträgt für die freiwilligen Tarife drei Jahren. Vor Ablauf dieser Zeit kann ein Mitglied nur in Härtefällen die Krankenkasse wechseln. Das Sonderkündigungsrecht bei einer Erhöhung des Beitragssatzes geben die Mitglieder mit dem Abschluss eines freiwilligen Wahltarifs auf.

1.2 Ziele von Wahltarifen

Durch die erweiterten Handlungsspielräume der Mitglieder können Wahltarife dazu beitragen, die Attraktivität von Krankenkassen zu steigern und Anreize für eine geringere und kostengünstigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu geben. *Kundenbindung* und *Kostensenkung* sind die Ziele, die mit dem Angebot von Wahltarifen verfolgt werden.[2]

Ursprünglich stand hinter der Einführung neuer Tarifoptionen jedoch nicht die Idee, den Wettbewerb der Krankenkassen zu intensivieren. Vielmehr sollten Wahltarife zunächst die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung stärken.

Das *Solidarprinzip* gilt als Kernelement der sozialen Krankenversicherung. Es ermöglicht allen Mitgliedern der Versichertengemeinschaft einen annähernd gleichen Zugang zum Gesundheitssystem (*Bedarfsprinzip*) und beteiligt den Einzelnen nur nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit an den Ausgaben (*Leistungsfähigkeitsprinzip*). Auf diese Weise erfolgt ein Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, besser Verdienenden und schlechter Verdienenden, allein stehenden Mitgliedern und Mitgliedern mit beitragsfrei mitversicherten Angehörigen. Durch die einkommensabhängigen Beiträge werden die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung proportional auf alle Mitglieder verteilt. Je mehr ein Mitglied verdient, umso höher ist sein finanzieller Beitrag zur Solidargemeinschaft.

Besserverdienern ist es in Deutschland möglich, aus der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung auszutreten und in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Zu diesen *freiwilligen Mitgliedern* gehören alle Versicherten mit einem Jahreseinkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2007: 47.700 EURO). Mit jedem Mitglied, das in eine private Krankenversicherung wechselt, werden der GKV finanzielle Mittel entzogen.

Entgegen dem *Solidarprinzip* der gesetzlichen Krankenversicherung gilt in der PKV das *Äquivalenzprinzip*. Die Versicherungsprämie wird in diesem Fall gesondert nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen kalkuliert. Der Wechsel in eine private Krankenversicherung ist daher vor allem für junge, überdurchschnittlich gesunde und alleinstehende Mitglieder attraktiv. Um diese für die Solidargemeinschaft wichtigen Versicherten in der GKV zu halten, wurden durch den Gesetzgeber die ersten Tarifoptionen eingeführt.

Die *volkswirtschaftliche* Perspektive von Wahltarifen, die anfangs vor allem auf den Systemwettbewerb zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ausgerichtet war, wurde mit der Umsetzung des GKV-WSG auf die *betriebswirtschaftliche* Ebene der Krankenkassen ausgeweitet. Wahltarife dienen nun nicht mehr nur der Bindung von freiwilligen Mitgliedern an die GKV, sondern erhöhen als zusätzliches Unterscheidungsmerkmal auch die Wettbewerbsdynamik zwischen den Krankenkassen. An die Finanzierung der Tarife stellt dies besondere Anforderungen.

1.3 Finanzierung von Wahltarifen

Nach dem Solidarprinzip besteht die gesetzliche Krankenversicherung aus Nettozahlern und Nettoempfängern. Aus kassenübergreifender Sicht sollte dieser GKV-eigene Solidarausgleich bei der Kalkulation von Wahltarifen grundsätzlich erhalten bleiben.[3] Nach § 53 Abs. 9 SGB V müssen daher die „Aufwendungen für jeden Wahltarif [...] aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden“. Das Angebot eines Wahltarifs ist von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu genehmigen. Über die Einsparungen ist durch die Kasse regelmäßig Rechenschaft abzulegen.

Für Krankenkassen stellt sich die Frage, wo Wahltarife ansetzen können, um die Ausgaben der medizinischen Versorgung zu verringern. Drei Stellhebel sind dabei denkbar:

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

- Vermeidung von Leistungsfällen
- Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme
- Verbesserung der Effizienz

Mit den vom Gesetzgeber vorgegebenen Pflichttarifen können Krankenkassen versuchen, die Versicherten für eine *Teilnahme an neuen Versorgungsformen* zu gewinnen. Mit der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung, mit Hausarztmodellen und der Verknüpfung des Risikostrukturausgleichs mit der Einschreibung in ausgewählte strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) fördert der Gesetzgeber den Aufbau dieser Angebote. Von allen drei Ansätzen erhofft man sich eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der medizinischen Versorgung. Neben der Vermeidung von Leistungsfällen (z.B. weniger Fußamputationen bei Diabetikern durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen im Rahmen von DMP) und der Vermeidung unnötiger Facharztbesuche (z.B. durch die Lotsenfunktion in Hausarztmodellen) kann auch eine Verbesserung der organisatorischen Strukturen und der Informationsflüsse (z.B. durch integrierte Versorgungsverträge) die medizinischen Kosten senken. Sollten sich die erhofften Einsparungen aus der Teilnahme an den genannten Programmen ergeben, so stehen diese für die Finanzierung von Wahltarifen grundsätzlich zur Verfügung.

Krankenkassen können aber auch am *ökonomischen Verhalten der Versicherten* ansetzen. Vor allem freiwillige Wahltarife zielen darauf ab, Anreize für eine rationale Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu geben. Die These, dass sich durch Wahltarife (wie z.B. Selbstbehalte) unnötige Leistungsausgaben verringern lassen, setzt jedoch voraus, dass sich die Patienten unter den derzeitigen Bedingungen *nicht rational* verhalten. Nur wenn dies zutrifft, sind durch verhaltensändernde Maßnahmen Einsparungen grundsätzlich möglich. Diese Einsparungen können dann zur Finanzierung von Wahltarifen verwendet werden.

Für das deutsche Gesundheitssystem nimmt man tatsächlich an, dass sich ein Versicherter unter den Bedingungen des Solidarprinzips individuell rational verhält, wenn er im Krankheitsfall den Preis, die Menge und die Qualität der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen maximiert. Eine überhöhte Inanspruchnahme (z.B. Originalpräparate statt Generika, Großpackung statt Kleinpackung, umfangreiche Behandlung von Bagatellkrankheiten) führt zwar zu einer erhöhten Finanzierungslast aller Versicherten, dies spiegelt sich aber in den Prämienzahlungen des Einzelnen nicht erkennbar wider. Die *Individualrationalität* des einzelnen Versicherten steht damit im Widerspruch zur *Kollektivrationalität* aller Versicherten (Moral Hazard). Über Selbstbehalte oder Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen können Anreize gesetzt werden, um einer überhöhten Inanspruchnahme entgegenzuwirken. Empirische Studien aus der Schweiz und ein Modellversuch der Techniker Krankenkasse bestätigten diesen positiven Effekt. Selbstselektionseffekte konnten in den Untersuchungsergebnissen jedoch nicht vollkommen ausgeschlossen werden.[4]

Um eine Kalkulation von Wahltarifen durchzuführen, ist die Höhe der erwarteten Einsparungen zu ermitteln. Diese Einsparungen können in dann in Form von ermäßigten Beiträgen an die Mitglieder weitergegeben werden. Abbildung 1 zeigt ein Basismodell für die Finanzierung von Wahltarifen unter Berücksichtigung des Solidarprinzips.

Bei *Wahltarifen für den Unterversicherungsschutz* (z.B. Selbstbehalte) kann der Erwartungswert der eingesparten Leistungen in vollem Umfang als Beitragsnachlass verwendet werden. Der von den Mitgliedern selbst zu tragende Anteil ist in der Regel höher als der Beitragsnachlass. Auf diese Weise besteht für die Versicherten ein Anreiz, möglichst wenige Leistungen in Anspruch zu nehmen, um von dem Wahltarif bestmöglich zu profitieren. Die Gefahr dieser Modelle besteht in der *Selbstselektion* der Mitglieder. Sollten sich vor allem die Mitglieder für den Abschluss eines solchen Tarifs entscheiden, die ohnehin nur geringe Leistungsausgaben verursachen, dann ist die Finanzierung der Tarife gefährdet.

Abbildung 1: Basismodell für die Finanzierung von Wahltarifen

Nettozahler

<table>
<tr><td colspan="3">Beitragszahlungen (ohne Wahltarif)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Erwartete Kosten (ohne Wahltarif)</td><td>Solidarbeitrag (positiv)</td></tr>
<tr><td>Erw. Einsparungen (durch Wahltarif)</td><td>Erw. Kosten (mit Wahltarif)</td><td>Solidarbeitrag (positiv)</td></tr>
<tr><td>Beitragsnachlass</td><td colspan="2">Beitragszahlungen (mit Wahltarif)</td></tr>
</table>

Nettoempfänger

<table>
<tr><td colspan="2">Beitragszahlungen (ohne Wahltarif)</td><td>Solidarbeitrag (negativ)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Erwartete Kosten (ohne Wahltarif)</td></tr>
<tr><td>Erw. Einsparungen (durch Wahltarif)</td><td colspan="2">Erw. Kosten (mit Wahltarif)</td></tr>
<tr><td>Beitragsnachlass</td><td>Beitragszahlungen (mit Wahltarif)</td><td>Solidarbeitrag (negativ)</td></tr>
</table>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an POPP, Ekhard (2002), S. 40ff.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Bei *Wahltarifen für den Vollversicherungsschutz* gibt es mehrere Optionen für einen Beitragsnachlass. Eine Ermäßigung um den Erwartungswert der eingesparten Leistungen ist grundsätzlich denkbar, jedoch wenig praktikabel. Mitglieder, die nur geringe Beitragszahlungen leisten und zu den Nettoempfängern der Solidargemeinschaft gehören, könnten auf diese Weise komplett beitragsbefreit werden und sogar eine zusätzliche Prämie erhalten. Sinnvollere Ansätze sind eine absolute oder prozentuale Beitragsreduktion.

Die Kalkulation und das Angebot unterschiedlicher Tarife gehören zu den Kernkompetenzen der *privaten* Krankenversicherungen. Ob die notwendigen Kalkulationsgrundlagen auch bei den *gesetzlichen* Krankenversicherungen schon zu Beginn der neuen Tarife zur Verfügung stehen, wird von Experten jedoch bezweifelt.[5] Das Bundesversicherungsamt verlangt daher zunächst nur eine Plausibilitätsdarstellung, „aus der sich nachvollziehbar die Wirtschaftlichkeit ... [der] ... Tarife ablesen lässt." Zusätzlich sind die Erfassung der Daten sowie die organisatorischen Maßnahmen zur Abwicklung der Tarife darzustellen. Um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, hat eine Rechenschaftslegung durch die Kasse bereits nach Ablauf eines Jahres zu erfolgen. Die notwendigen Satzungsgenehmigungen werden nach Aussage des BVA zudem mit dem Vorbehalt des Widerrufs versehen, bis der tatsächliche Wirtschaftlichkeitsnachweis des jeweiligen Tarifs erbracht ist.[6]

2. Kundenbindung durch Wahltarife

Die Ausrichtung an den Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten wird auch für Krankenkassen zunehmend wichtiger und ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behauptung am Markt. Um die bestehenden Kunden an die eigene Kasse zu binden sind neben dem wahrgenommenen Preis-Leistungsverhältnis auch die Wechselkosten von Bedeutung. Mit der Einführung von Wahltarifen wurden die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen diesbezüglich erweitert.

Bis sich ein Mitglied für einen Wahltarif entscheidet, durchläuft es in der Regel drei Entscheidungsstufen. Nur bei wenigen Mitgliedern kam es bislang aber zu einem Abschluss. Unter den neuen Rahmenbedingungen ist mit einem zunehmendem Interesse der Versicherten zu rechnen. Vor allem überdurchschnittlich gesunde Versicherte und Besserverdiener sind für Wahltarife besonders offen. Diese Zielgruppe sollte eine Kasse auch unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs an sich binden. Das Angebot von Wahltarifen kann einen Beitrag dazu leisten. Neben den Chancen bergen die neuen Tarife jedoch auch Risiken. Ob sich Wahltarife für eine Krankenkasse tatsächlich lohnen, ist im Einzelfall zu prüfen.

2.1 Ein Grundmodell des Konsumentenverhaltens

Die Frage, warum sich Konsumenten für ein bestimmtes Produkt oder einen Dienstleister entscheiden ist eines der zentralen Forschungsfelder des Marketing. Für die weitere Diskussion wird ein Modell zur Erklärung des Konsumentenverhaltens zugrunde gelegt. Das Modell entspricht einem vereinfachten Abbild der Realität und soll das Zusammenspiel der wesentlichen Entscheidungsparameter aufzeigen.

Ausgangspunkt des Modells ist das Preis-Leistungsverhältnis (PLV) einer Dienstleistung. Der von dem Konsumenten *wahrgenommene* Preis (P) und der *subjektiv* empfundene Leistungswert (L) werden dazu ins Verhältnis gesetzt. Das Ergebnis ist der Preis, den ein Konsument für eine Leistungseinheit bezahlen muss.

$$PLV_i = \frac{P_i}{L_i}$$

In die subjektive Bewertung des PLV fließen neben den *heutigen* auch die *zukünftigen* erwarteten Ausprägungen von P und L ein. Mit zunehmender Vertragsdauer werden der Preis und der Leistungswert für den Konsumenten unsicher. Eine lange vertragliche Bindung an einen Dienstleister kann daher zu einer Abwertung des aktuellen Preis-Leistungsverhältnisses führen (Barwertbetrachtung). Wechselkosten, die vor allem bei einer technologischen Bindung an einen Dienstleister sehr hoch sein können, werden in der Regel zusätzlich berücksichtigt.

In die engere Auswahl gelangen alle Angebote, die für den Konsumenten erreichbar sind, einen individuell gesetzten Höchstpreis nicht überschreiten und den gewünschten Mindestanforderungen entsprechen. Bei einer *erstmaligen* Auswahl wird sich der Konsument für das Angebot mit dem besten Preis-Leistungsverhältnis entscheiden. Dabei ist es möglich, dass ein Anbieter mit einem auf kurze Sicht schlechteren Preis-Leistungsverhältnis, aber einer kurzen und weniger riskanten Vertragsdauer, einem vermeintlich besserem Anbieter vorgezogen wird.

Hat sich ein Konsument in der Vergangenheit bereits für einen Dienstleister entschieden, so ist das Modell um einen Bindungsfaktor (B) zu erweitern. In diesem Faktor kommt neben der vertraglichen und emotionalen Bindung auch die ökonomische Bindung in Form von Wechselkosten zum Ausdruck. Die Bedingung für einen Wechsel von Anbieter X zu Anbieter Y lautet dann:

$$\frac{P_X}{L_X} - B_x > \frac{P_Y}{L_Y}$$

Der Bindungsfaktor erklärt, warum Konsumenten einem Dienstleister treu bleiben, obwohl andere Anbieter mit einem besseren Preis-Leistungsverhältnis am Markt vertreten sind. Bereits die Kosten für die Suche und Auswertung von Informationen über alternative Angebote können Konsumenten davon abhalten, einen Dienstleister zu wechseln.

Der Bindungsfaktor alleine ist jedoch noch nicht für die Bindung eines Kunden verantwortlich. Ob ein Kunde

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

einem Dienstleister treu bleibt, hängt auch von seinem wahrgenommenen Vergleichsniveau ab. Je besser ein Kunde das Preis-Leistungsverhältnis seines bisherigen Dienstleisters gegenüber einem anderem Dienstleister bewertet und je größer der Bindungsfaktor ist, umso stärker ist ein Kunde tatsächlich an einen Dienstleister gebunden.

Dieses Modell lässt sich auch auf den Entscheidungsprozess für den Abschluss eines Wahltarifs übertragen.

2.2 Der Entscheidungsprozess für den Abschluss eines Wahltarifs

Nach dem Modell des Konsumentenverhaltens entscheidet sich ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung für den Abschluss eines Wahltarifs, wenn das Preis-Leistungsverhältnis *mit* Wahltarif (m.W.) besser ist als das Preis-Leistungsverhältnis *ohne* Wahltarif (o.W.). Zusätzlich dürfen die Wechselkosten den Nutzenzuwachs nicht überschreiten. Für den Abschluss eines Wahltarifs gilt:

$$\frac{P^{o.W.}}{L^{o.W.}} - B^{o.W.} > \frac{P^{m.W.}}{L^{m.W.}}$$

Der Entscheidungsprozess eines Mitglieds lässt sich dazu in drei Stufen unterteilen (siehe Abbildung 2):

Für die *erste Stufe* wird unterstellt, dass sich ein Mitglied mit dem Angebot von Wahltarifen auseinandersetzt und prüft, welche Tarife grundsätzlich zur Auswahl stehen. Zumindest freiwillige Wahltarife können Krankenkassen grundsätzlich allen Mitgliedern anbieten. Pflichttarife sind in der Regel auf bestimmte Versichertengruppen (z.B. chronisch Kranke) beschränkt.

In der *zweiten Stufe* muss das Mitglied bestimmen, ob der Abschluss eines Wahltarifs zu einem persönlichen Nutzenzuwachs führen kann. Die erwarteten Kosten für die Suche und Auswertung von Informationen werden dazu dem erwarteten (Mindest-)Nutzenzuwachs gegenübergestellt. Die oben genannte Bedingung wird in dieser Entscheidungsphase auf Basis der bereits vorhandenen Informationen, Einstellungen und Erfahrungen grob geschätzt.

Ist ein Mitglied der Meinung, dass sich der Abschluss eines Wahltarifs lohnen könnte, so ist in einer *dritten Stufe* das Preis-Leistungsverhältnis mit und ohne Wahltarif zu ermitteln. Dazu werden zusätzliche Informationen gesammelt und ausgewertet. Kommt ein Mitglied zu dem Ergebnis, dass es sich bei Abschluss eines Wahltarifs besser stellt, so wird es sich für den Tarif entscheiden.

Bei *Wahltarifen für den Unterversicherungsschutz* (z.B. Selbstbehalte) sind die Leistungswerte mit und ohne Wahltarif in der Regel gleich ($L^{m.W.} = L^{o.W.}$). Eine Ausnahme bilden Tarife, die eine Kostenübernahme zusätzlicher Leistungen außerhalb der Regelversorgung vorsehen. Bei diesen Angeboten fließt der höhere Leistungswert in die Bewertung des Mitglieds ein.

Auch bei *Wahltarifen für den Vollversicherungsschutz* ist der Leistungswert zu berücksichtigen. Dieser kann höher sein, wenn z.B. im Rahmen von DMP oder bei Angeboten der Integrierten Versorgung eine bessere medizinische Versorgung erwartet wird. Der Leistungswert kann aber auch sinken, wenn beispielsweise die Teilnahme an einem Hausarztmodell die Möglichkeiten der freien Arztwahl einschränkt.

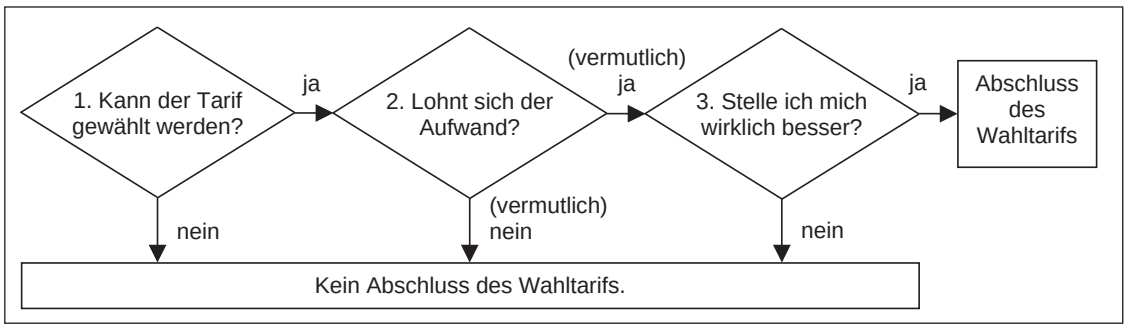
Die für die Entscheidung maßgeblichen Faktoren sind jedoch in der Regel der Preis und der Bindungsfaktor. Letzterer entspricht vor allem den Wechselkosten. Je mehr ein Mitglied durch einen Wahltarif sparen kann, und je geringer der Aufwand für den Abschluss eines Wahltarifs ist, umso eher wird es sich für einen alternativen Tarif entscheiden.

Bei den *Pflichttarifen* ist die Höhe der Einsparungen durch die Kasse vorgegeben. Der Entscheidungsprozess ist daher weniger komplex. Der Verzicht auf eine Mindestbindungsfrist schränkt zudem das Risiko für die Mitglieder ein.

Wesentlich schwieriger ist die Entscheidung eines Mitglieds für den Abschluss eines *freiwilligen Wahltarifs*, insbesondere bei Tarifen, die einen Selbstbehalt vorsehen. In diesen Fällen ist die zu erwartende Einsparung ungewiss. Um den Erwartungswert der Einsparung zu ermitteln, ist von der im Wahltarif vorgesehenen Beitragsermäßigung der Erwartungswert der selbst zu tragenden Leistungsausgaben abzuziehen.

Nach dem Entscheidungsmodell von WERBLOW und FELDER hängt die Bestimmung der zukünftigen Leistungsausga-

Abbildung 2: Entscheidungsprozess für den Abschluss eines Wahltarifs



Quelle: Eigene Darstellung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

ben eines Versicherten von mehreren Faktoren ab:[7] Neben der Inanspruchnahme der Vorperioden und dem aktuellen Gesundheitszustand fließen auch sozioökonomische Variablen (z.B. Alter und Geschlecht), der Abschluss von Zusatzversicherungen sowie die individuelle Risikobereitschaft in die subjektive Prognose ein. Aus der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten und die Schwere zukünftiger Erkrankungen, muss das Mitglied die Höhe der zu erwartenden Leistungsausgaben schätzen.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Eine Krankenkasse bietet einen Wahltarif an, der eine Prämienzahlung von 400 Euro vorsieht, wenn das Mitglied die ersten 600 Euro seiner medizinischen Versorgung selbst trägt. Ein Mitglied, das sich für den Abschluss eines Wahltarifs grundsätzlich interessiert, war in den letzten Jahren kaum krank. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent nimmt das Mitglied an, dass es auch in den nächsten drei Jahren nur wenige medizinische Leistungen benötigt und schätzt die damit verbundenen Kosten auf 100 Euro pro Jahr. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Erkrankung, die Behandlungskosten von mehr als 600 € verursacht, schätzt das Mitglied auf 10 Prozent. Der Erwartungswert der jährlichen Einsparung beträgt in diesem Fall:

$$E = 400€ - \left[0{,}9 \times 100\,€ + 0{,}1 \times (600€ - 400€)\right] = 290€ .$$

Ist die erwartete Einsparung höher als der mit dem Abschluss des Wahltarifs verbundene Aufwand, so wird sich das Mitglied für den Wahltarif entscheiden. Für welche Mitglieder dies tendenziell zutrifft, ist zu prüfen.

2.3 Die Akzeptanz von freiwilligen Wahltarifen

Die Akzeptanz von Wahltarifen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde erst wenig untersucht. In einer Mitgliederbefragung aus dem Jahr 1997 konnte sich die Hälfte der etwa 1.000 Befragten den Abschluss eines Selbstbehalttarifs prinzipiell vorstellen. In Verbindung mit der Kostenerstattung sank dieser Wert auf 22 Prozent, wovon sich nur drei Prozent „bestimmt“ für einen Abschluss entschieden hätten. Für eine bevorzugte Abrechnung über Kostenerstattung sprachen sich 13 Prozent der Befragten aus. Die Akzeptanz bei den freiwilligen Mitgliedern war in beiden Fällen stets etwas höher als bei den Pflichtmitgliedern.[8]

Im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung wurde Ende 2006 ebenfalls nach der Nutzung von Wahltarifen gefragt. 11 Prozent der Mitglieder gaben dabei an, dass sie Selbstbehalttarife zukünftig „sehr wahrscheinlich“ oder „wahrscheinlich“ nutzen würden. Für die Kostenerstattung und die Beitragsrückzahlung lagen die Werte bei 17 bzw. 23 Prozent.[9]

Aus den Umfrageergebnissen wird deutlich, dass sich nur ein Teil der GKV-Mitglieder für den Abschluss freiwilliger Wahltarife interessiert. Tatsächlich werden die Möglichkeiten der Kostenerstattung und des Selbstbehalts bislang nur von 1-2 Prozent der Versicherten genutzt.[10] Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die Anzahl der Abschlüsse aufgrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen noch um ein Vielfaches steigern lässt. Vor allem freiwillige und überdurchschnittlich gesunde Mitglieder stehen Wahltarifen offen gegenüber.[11] Die Bindung dieser Versicherten ist auch aus Wettbewerbsgründen für eine Krankenkasse vorteilhaft.

2.4 Die Zielgruppen für freiwillige Wahltarife

Für die Konzeption und Vermarktung von Wahltarifen spielen die Zielgruppen, die mit dem neuen Angebot angesprochen werden sollen, eine wichtige Rolle. Während in anderen Brachen jeder (zahlende) Kunde in der Regel gern gesehen ist, bildet die gesetzliche Krankenversicherung in dieser Hinsicht einen Spezialfall. Durch den *Kontrahierungszwang* kann eine Krankenkasse zwar keine Mitglieder ablehnen, nicht alle Mitglieder sind für eine Kasse jedoch attraktiv. Bis zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) stellen vor allem überdurchschnittlich kranke Versicherte für Krankenkassen ein finanzielles Risiko dar und können zu Wettbewerbsnachteilen führen.

Der Risikostrukturausgleich soll seinem Namen nach die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleichen. Der *Zellenansatz* des RSA ordnet dazu jeden Versicherte nach den Parametern Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie der Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP nach § 137f SGB V) einer Versichertenzelle zu. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben einer Zelle entsprechen dem standardisierten *Beitragsbedarf*, den eine Kasse pro Versichertem aus dem RSA erhält.

Vorteilhaft sind für Krankenkassen die Versicherten, die innerhalb ihrer RSA-Zelle unterdurchschnittliche Leistungsausgaben verursachen. Liegen die Kosten der medizinischen Versorgung eines Versicherten unter dem standardisierten Beitragsbedarf, dann ergibt sich für die Kasse ein positiver *Deckungsbeitrag*. Eine Kasse verhält sich demnach einzelwirtschaftlich rational, wenn sie sich bemüht, vor allem überdurchschnittlich gesunde Versicherte an sich zu binden. Das Angebot von Wahltarifen bietet hierfür neue Möglichkeiten. Erst mit der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wird die Zielgruppe der überdurchschnittlich Gesunden an Attraktivität verlieren. Der Beitragsbedarf der Versicherten soll sich dann aus einer Grundpauschale und einem alters- und risikoadjustierten Zuschlag zusammensetzen. Es ist vorgesehen, dass dabei 50 bis 80 kostenintensive Krankheiten berücksichtigt werden.

Neben dem Ausgleich unterschiedlicher Morbiditätsrisiken, findet im Rahmen des RSA auch ein *Finanzkraftausgleich* zwischen den Krankenkassen statt. Grundlage

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

des Finanzkraftausgleichs ist der bundeseinheitliche Ausgleichsbedarfssatz (ABS). Für die Bestimmung des ABS wird die Summe aller im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch die beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder geteilt. Über den Ausgleichsbedarfssatz lässt sich wiederum die Finanzkraft einer Krankenkasse berechnen. Die Grundlohnsumme der Kasse wird dazu mit dem Ausgleichsbedarfssatz multipliziert. Ist der Beitragsbedarf einer Kasse höher als ihre Finanzkraft, dann hat die Kasse einen Ausgleichs*anspruch*. Übersteigt die Finanzkraft hingegen den Beitragsbedarf, dann hat die Kasse eine Ausgleichs*verpflichtung*.

Da in die Berechnungen des RSA nicht alle Leistungsausgaben einfließen, ist der Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen unvollständig. Für alle nicht-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (z.B. Verwaltungskosten und satzungsfähige Zusatzleistungen) spielt die Verteilung von Besser- und Geringverdienern trotz RSA eine beitragssatzrelevante Rolle. Je höher die Grundlohnsumme einer Kasse ist, umso niedriger ist auch die Prämie, die sie zur Deckung der zusätzlichen Ausgaben benötigt. Besserverdiener gehören demnach ebenfalls zu den Versicherten, die eine Kasse an sich binden sollte. Das Angebot freiwilliger Wahltarife kann einen Beitrag dazu leisten.

Mit der für 2009 geplanten Einführung des *Gesundheitsfonds* wird die Bedeutung einer hohen Grundlohnsumme zunehmen. Der von jeder Krankenkasse bis dahin autonom bestimmte Beitragssatz wird zukünftig vom Bundesministerium für Gesundheit für alle Kassen einheitlich festgelegt. Über den Verteilungsmechanismus des Morbi-RSA erhalten die Krankenkassen dann die entsprechenden finanziellen Zuweisungen. Kommt eine Kasse mit diesen Mitteln nicht aus, so kann sie von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder festen Zusatzbeitrag erheben. Sollte ein Mitglied mit der Höhe der Prämienzahlungen unzufrieden sein, so steht ihm der Wechsel zu einer anderen Kasse offen.

Trotz dieser Entscheidungsfreiheit des mündigen Bürgers, greifen die Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes massiv in das Wettbewerbsgeschehen ein. Anstatt es den Mitgliedern zu überlassen, die Höhe ihrer Prämienzahlungen durch ihr Wahlverhalten selbst zu bestimmen, begrenzt der Gesetzgeber den Zusatzbeitrag auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Steuerungsfunktion des Preises wird auf diese Weise geschwächt.

Krankenkassen mit einer geringen Grundlohnsumme können durch die Begrenzung des Zusatzbeitrags in eine finanzielle Schieflage geraten. Wenn bei einem Großteil der Mitglieder aufgrund niedriger beitragspflichtiger Einnahmen die Ein-Prozent-Regelung schon bei geringen Zusatzbeiträgen zutrifft, dann muss die finanzielle Last der Versichertengemeinschaft überproportional auf die Besserverdiener der Kasse verteilt werden. Ein Wechsel dieser Mitglieder in eine Krankenkasse mit einer geringeren oder ohne Zusatzprämie liegt in diesen Fällen nahe. Je mehr finanzstarke Mitglieder eine Kasse verlassen, umso schwieriger wird es sein, die notwendigen Beiträge zu erheben. Im Extremfall kann eine Kasse die Leistungsausgaben ihrer Versicherten nicht mehr decken. – Der Gesetzgeber scheint mit dieser Situation durchaus zu rechnen: Neben der geplanten Einführung des Gesundheitsfonds und der Ein-Prozent-Regelung ist nach dem GKV-WSG auch die Insolvenz von Krankenkassen zukünftig möglich. Die rechtzeitige Bindung von Mitgliedern mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen kann daher zu einem wichtigen Kriterium für den Fortbestand einer Kasse werden.

Das Angebot freiwilliger Wahltarife eröffnet für Krankenkassen neue Wege, um sich im Wettbewerb zu differenzieren und wichtige Mitglieder langfristig zu binden. Kassen, die keine freiwilligen Wahltarife anbieten, laufen unter Umständen Gefahr, einen Teil ihrer Mitglieder zu verlieren. In der 1997 durchgeführten Umfrage gaben immerhin neun Prozent der Mitglieder an, „bestimmt“ oder „wahrscheinlich“ zu einer anderen Kasse zu wechseln, sofern ihre bisherige Krankenkasse keinen Selbstbehalttarif anbietet.[12]

Vor allem Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen sollten den Einsatz der neuen Tarife intensiv prüfen. Der Beitragssatz einer Kasse gilt seit der Einführung der freien Kassenwahl als *das* zentrale Kriterium in der Wahlentscheidung der Mitglieder. Kassen, die aufgrund hoher Beiträge Kunden verlieren, erhalten mit den neuen Tarifoptionen die Chance, wechselwillige Versicherte zu halten. Mit der Einführung des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes ab Ende 2008 und der Umstellung auf den Morbi-RSA ist zu erwarten, dass sich die Finanzsituation der Krankenkassen vorübergehend angleicht. In dieser Phase wird die Anzahl der Kassenwechsler vermutlich zurückgehen. Welchen Einfluss die Erhebung von Zusatzbeiträgen oder eventuellen Rückzahlungen auf die Entscheidung der Mitglieder zukünftig haben wird, ist nach heutigem Stand ebenso offen, wie der Aufbau und die Akzeptanz neuer Versorgungsformen und weiterer Leistungs- und Serviceangebote. Eine vertragliche Bindung der Mitglieder bis zur Einführung des einheitlichen Beitragssatzes kann zumindest mittelfristig zum Erhalt der Kassengröße beitragen.

2.5 Chancen und Risken bei der Vermarktung von Wahltarifen

Krankenkassen erhalten mit den neuen Tarifoptionen ein zusätzliches Instrument, um sich im Wettbewerb zu differenzieren. Ob sich das Angebot freiwilliger Wahltarife lohnt, muss eine Krankenkasse jedoch individuell für sich entscheiden. Die Möglichkeit, wechselwillige Mitglieder über den Abschluss eines Wahltarifs zu halten, erscheint grundsätzlich attraktiv, der Aufwand und die „Fallstricke“, die Wahltarife mit sich bringen können, sollten aber im Vorfeld bedacht werden.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Für eine Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde müssen die Kassen plausibel nachweisen, dass die Kalkulation ihrer Tarife aufgeht. Ist dieser Nachweis nach einem Jahr nicht möglich, kann die Genehmigung widerrufen werden. Sollten sich nur wenige Mitglieder für den Abschluss eines Wahltarifs entscheiden, so können einzelne Teilnehmer mit einem sehr hohen Morbiditätsrisiko die Leistungsausgaben der Risikogemeinschaft überproportional beeinflussen und die Selbstfinanzierung der Tarife gefährden. Die Teilnehmer von Wahltarifen müssen zudem eine Risikostruktur aufweisen, bei der eine Verringerung der bisherigen Inanspruchnahme grundsätzlich möglich ist. Nur mit überdurchschnittlich gesunden Versicherten werden sich die Tarife nicht selbständig tragen.

Auch der im Gesundheitswesen vermutete *Moral Hazard* Effekt, der vor allem durch Selbstbehalte verringert werden soll, kann sich in Einzelfällen ausweiten. Für Versicherte, die ihren Selbstbehalt vollständig ausgeschöpft haben, besteht ein Anreiz, innerhalb des aktuellen Abrechnungszeitraums zusätzliche Leistungen gezielt in Anspruch zu nehmen, um in der nächsten Abrechnungsperiode wieder unterhalb des Selbstbehalts zu liegen. Ein ähnliches Verhalten wird bei der Praxisgebühr angenommen: Für einen Patienten lohnt es sich, alle planbaren ambulanten ärztlichen Behandlungen innerhalb eines Quartals durchführen zu lassen, um nur einmalig die Praxisgebühr zu bezahlen.[13] Bei Selbstbehalten liegt diese Vorgehensweise ebenfalls nahe.

Die Kalkulation von Wahltarifen ist somit unsicher und mit einem finanziellen Risiko für die Kasse verbunden. Im Extremfall kann die zuständige Aufsichtsbehörde die vorläufige Genehmigung eines Tarifs schon nach einem Jahr wieder entziehen. Dieses Risiko ist neben den internen Aufwendungen für die Konzeption und Evaluation der Tarife, die Schulung der Mitarbeiter sowie die laufende Betreuung der teilnehmenden Versicherten zu berücksichtigen. Nur wenn der erwartete Nutzen in einem angemessenen Verhältnis zu den damit verbundenen Aufwendungen steht, sollte sich eine Krankenkasse für das Angebot von freiwilligen Wahltarifen entscheiden.

Bedacht werden sollten auch Szenarien, die das Image der Kasse negativ beeinflussen können. Die im Markt zu beobachtende Anfangseuphorie könnte kippen, wenn die ersten Krankenkassen ihre Beitragssätze anheben und den Teilnehmern eines freiwilligen Wahltarifs bewusst wird, dass sie ihr Recht des Kassenwechsels für drei Jahre aufgegeben haben. Sollte eine Kasse diese Klausel bei Vertragsschluss nicht eindeutig kommuniziert haben, so können Unzufriedenheit der Versicherten, entsprechende Reaktionen der Verbraucherschutzbehörden und negative Mund-zu-Mund-Propaganda die Folge sein.

Krankenkassen haben demnach zwei Optionen, um auf die neuen Möglichkeiten von Wahltarifen einzugehen: Sie können abwarten und die Angebote und ersten Erfahrungen ihrer Wettbewerber beobachten. Mit den seit 2004 eingeführten Bonusmodellen steht den Krankenkassen bereits ein Marketing-Instrument zur Verfügung, um die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder zu mindern und die Versicherten an die Kasse zu binden. Aus Sicht der Versicherten sind diese Modell weniger riskant – die finanziellen Vorteile sind jedoch in der Regel niedriger. Sollte sich herausstellen, dass der Verzicht von freiwilligen Wahltarifen dennoch zu einem Wettbewerbsnachteil führt, so kann die Kasse im Rahmen einer *Frühfolger-Strategie* reagieren und das Angebot von Wahltarifen nachholen.

Krankenkassen können aber auch von Beginn an die Chancen von Wahltarifen aktiv nutzen und versuchen, möglichst viele Mitglieder von einem Abschluss zu überzeugen. Bislang galt der Beitragssatz als wichtigster Parameter in der Kassenwahlentscheidung der Mitglieder. Er ist transparent, einfach zu verstehen und leicht zu vergleichen. Mit den Wahltarifen wird die Entscheidung für das „passende“ Angebot schwieriger. Bis zu fünfzehn Tarife stehen bei einzelnen Kassen bereits zur Auswahl. Mit Blick auf die gesamte GKV ist zukünftig mit einem „Tarif-Dschungel“ zu rechnen. Um den Entscheidungsprozess der Mitglieder positiv zu beeinflussen, lassen sich aus der vorangegangenen Diskussion die folgenden Empfehlungen ableiten:

- Wahltarife, müssen bei den potenziellen Interessenten bekannt sein.

Eine Bewerbung der Tarife sollte sich nicht auf die Mitgliederzeitschrift und den Internetauftritt beschränken. Nur ein Teil der Versicherten wird bislang über diese Medien erreicht. Eine individuelle Ansprache der zuvor genannten Zielgruppen erscheint sinnvoll. Inwiefern Routinedaten für die Identifikation von tendenziell interessierten Versicherten verwendet werden können, wäre zu prüfen.

- Wahltarife müssen in der Außendarstellung einfach und verständlich sein. Der Nutzen muss sich für viele Mitglieder unmittelbar erschließen.

Je komplizierter und beratungsintensiver Wahltarife den Mitgliedern erscheinen, umso höher sind die Kosten für die Suche, Aufnahme und Auswertung der notwendigen Informationen. Diese Wechselkosten können Mitglieder davon abhalten, sich mit Wahltarifen auseinanderzusetzen. Der Nutzen von Wahltarifen ist für möglichst viele Versicherte hervorzuheben.

- Die Abrechnungsdaten der in Anspruch genommenen Leistungen müssen vor allem bei Selbstbehalttarifen für die Mitglieder zugänglich sein.

Krankenkassen können die Entscheidung ihrer Mitglieder für den Abschluss eines Selbstbehalttarifs unterstützen, indem sie die bei ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten zur Verfügung stellen. Das subjektiv empfundene Risiko beim Abschluss eines Selbstbehalttarifs könnte auf diese Weise verringert werden.

Nach dem Modell von WERBLOW und FELDER hängt die Schätzung der zukünftigen Leistungsausgaben u.a.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

von der Inanspruchnahme der Vorperioden ab. Ob sich ein Selbstbehalttarif für ein Mitglied lohnt, lässt sich – zumindest auf Basis der vergangenen Abrechnungen – einfach ermitteln. Trotz verschiedener politischer Initiativen haben bislang jedoch nur wenige der über 70 Millionen gesetzlich Versicherten eine Vorstellung davon, welche medizinischen Leistungen für sie abgerechnet werden und welche Kosten diesen Leistungen gegenüber stehen. Sofern die selbst zu tragenden Leistungen nicht über Pauschalen bewertet werden (z.B. 20 Euro pro Arztbesuch), ist es für die Mitglieder nahezu unmöglich, die Höhe zukünftiger Leistungsausgaben zu schätzen. Kaum ein Versicherter weiß, was ein Arztbesuch kostet oder wie hoch seine durchschnittlichen Arzneimittelausgaben sind. An Selbstbehalten interessierte Mitglieder werden sich fragen, welcher Leistungsumfang durch einen Eigenanteil von z.B. 200, 400 oder 600 Euro abgedeckt ist. Fehlt den Versicherten diese Auskunft, so bleiben sie vermutlich bei ihrem bisherigen risikofreien „Vollkaskotarif".

Aufgrund der mangelnden Transparenz der Abrechnungsdaten kann es bei der Vermarktung von Wahltarifen auch zu vermehrten Anfragen der Versicherten kommen. Krankenkassen sollten daher rechtzeitig interne Prozesse definieren, um auf das Informationsbedürfnis ihrer Mitglieder reagieren zu können. Einige Krankenkassen nutzen schon heute ihren Internetauftritt, um den Versicherten die Daten der in Anspruch genommenen Leistungen in Form einer elektronischen Patientenquittung zur Verfügung zu stellen.[14] Ein „Wahltarif-Check" würde dieses Angebot sinnvoll ergänzen. Versicherte hätten die Möglichkeit, die Vorteile eines Wahltarifs anhand ihrer bisherigen Abrechnungsdaten zu prüfen und bei Abschluss eines Tarifs die Höhe ihrer Inanspruchnahme fortlaufend zu verfolgen. Transparenz könnte somit die Akzeptanz der Tarife fördern.

Auch das BVA weist in einem Schreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen ausdrücklich darauf hin, dass die Krankenkassen bei Selbstbehalten die vollständige Erfassung der tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben zu Lasten des Selbstbehalts sicherzustellen haben. Eine Ausnahme bilden die Leistungen der vertragsärztlichen und –zahnärztlichen Leistungen, deren monetäre Bewertung durch das Kopfpauschalensystem nur näherungsweise möglich ist. Diese Leistungen können vernachlässigt oder in Form von Pauschalbeträgen berücksichtigt werden.[15] Wie die Praxis zeigt, werden in einigen schon umgesetzten Wahltarifen aber auch Verordnungen und Krankenhausaufenthalte pauschal bewertet. In diesen Fällen wurden die vom BVA vorgegebenen Anforderungen für die Genehmigung von Wahltarifen durch die Aufsichtsbehörden der Bundesländer weniger streng ausgelegt.

3. Fazit

Wahltarife sind ein neues Marketing-Instrument von Krankenkassen. Als Teil des Marketing-Mix können Wahltarife die Versicherungsprämie mindern und die Mitglieder einer Kasse für mehrere Jahre vertraglich binden. Vor allem Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Beitragssätzen können Wahltarife gezielt einsetzen, um wechselgefährdete Mitglieder zu halten.

Die Kalkulation und Umsetzung von Wahltarifen stellt Krankenkassen jedoch auch vor Herausforderungen und Risiken. Die Anzahl und Risikostruktur der teilnehmenden Mitglieder können die Finanzierung der Tarife grundsätzlich gefährden. Wie viele Tarife es langfristig gibt, hängt unter anderem von der Bewertung durch die zuständige Aufsichtsbehörde ab. Laut Gesetz müssen sich die Tarife aus ihren Einnahmen, Einsparungen und Effizienzgewinnen selbst finanzieren. Ob dabei auch die Stärkung der Solidargemeinschaft durch die Bindung freiwilliger Mitglieder an das System der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt wird, bleibt abzuwarten.

Freiwillige Wahltarife sind aber auch für die Mitglieder mit einem Risiko verbunden. Verbraucherschutzbehörden warnten daher bereits zu Beginn der Tarife vor einem voreiligen Abschluss.[16] Das von den Mitgliedern empfundene Risiko gilt es durch geeignete Maßnahmen zu verringern. Neben einer einfachen und zielgruppenspezifischen Bewerbung kann auch eine Verbesserung der Abrechnungstransparenz die Akzeptanz von Wahltarifen erhöhen.

Mit Blick auf den regulierten Wettbewerb in der GKV ist die Einführung jedes zusätzlichen Wettbewerbsinstruments grundsätzlich zu begrüßen. Trotz der vielseitigen Kritik an dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können Wahltarife dazu beitragen, das Angebot für die Versicherten zu verbessern. Krankenkassen sollten sich dabei jedoch nicht auf die vertragliche Bindung sondern auf das von den Versicherten wahrgenommene Preis-Leistungsverhältnis fokussieren. Nicht den Zustand der *Gebundenheit* im Sinne von „Nicht-Wechseln-Können", sondern den Zustand der *Verbundenheit* im Sinne von „Nicht-Wechseln-Wollen" sollte eine Krankenkasse bei ihren Versicherten anstreben. Dieser Zustand lässt sich nur über einen hohen Grad an Kundenzufriedenheit und dem Vertrauen der Mitglieder in die zukünftige Leistungsfähigkeit der Kasse erreichen. In diesem Zusammenhang wird der Such- und Entdeckungsprozess des Wettbewerbs zeigen, ob und welche Wahltarife von den Mitgliedern angenommen werden und welchen Beitrag sie im Rahmen des Kundenbindungsmanagements tatsächlich leisten können.

Fußnoten

1 Vgl. POPP, Ekhard (2002): Wahltarife für die GKV – Die solidarische Kalkulation von Anreiz- und Bonussystemen für die integrierte Versorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik (2002), Heft 11-12, S.40.

2 Vgl. PÜTZ, Claudia (2004): Krankensparkonten aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Versicherten, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, hrsg. vom DIW Berlin, Jg. 73 (2004), Heft 4, S.523.

3 Vgl. POPP, Ekhard (2002), S.41.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

4 Vgl. SCHELLHORN, Martin (2002): Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, hrsg. vom DIW Berlin, Jg. 71 (2002), Heft 4, S.411-426; WERBLOW, Andreas (2002): Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, hrsg. vom DIW Berlin, Jg. 71 (2002), Heft 4, S.427-436; FELDER, Stefan, WERBLOW, Andreas (2006): Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltmodell der Techniker Krankenkasse, Baden-Baden 2006.

5 Vgl. POPP, Ekhard (2002), S.42; o.V. (2007): Wahltarife der Krankenkassen: Schmeinck erwartet "kirmesartige Wildwest-Verhältnisse, in: Deutsches Ärzteblatt, vom 13. März 2007; o.V. (2007): Ist der Gesundheitsfonds ein Wettbewerbskiller?, in: Ärzte Zeitung, vom 13.04.2007.

6 Vgl. Rundschreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 13. März 2007 (AZ II 1 – 4927.6 – 3709/2006), www.bva.de.

7 Vgl. WERBLOW, Andreas (2002), S.431.

8 Vgl. PÜTZ, Claudia (2003): Selbstbehalttarife für die gesetzliche Krankenversicherung. Eine ordnungspolitische, versicherungsbetriebswirtschaftliche und empirische Analyse ihrer Möglichkeiten und Grenzen, Baden-Baden 2003, S.144ff.

9 Vgl. AMHOF, Robert, BÖCKEN, Jan (2007): Neue Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung: Versichertenpräferenzen und Erfolgspotenziale, in: Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, Jg. 95 (2007), 03, S.112.

10 o.V. (2006): Kostenerstattung kein Renner, in: Ärzte Zeitung, vom 7. März 2006; SCHNACK, Dirk (2007): „Patienten-Selbstbehalt – das gibt neue Probleme in Hausarztpraxen", in: Ärzte Zeitung, vom 7. Februar 2007; AMHOF, Robert, BÖCKEN, Jan (2007), S.112.

11 Vgl. AMHOF, Robert, BÖCKEN, Jan (2007), S.112.

12 Vgl. PÜTZ, Claudia (2003), S.150.

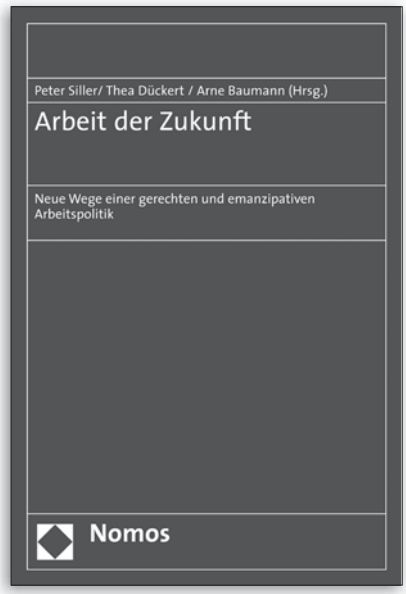
13 Vgl. AUGURZKY, Boris, BAUER, Thomas K., SCHAFFNER, Sandra (2006): Copayments in the German Health System – Do They Work?; RWI: Discussion Papers No. 43.

14 Vgl. WEBER, Guido W.: Die Patientenquittung – Ein neues Marketing-Instrument in der gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 60. Jahrgang (2006), Heft 1/2, S.30-37.

15 Vgl. Rundschreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 13. März 2007.

16 Vgl.: o.V. (2007): FINANZtest rät: Neue Wahltarife noch nicht abschließen, in: FINANZtest, Nr. 4, April 2007, S.45; o.V. (2007): Irreführung der Versicherten, in: FINANZtest, Nr. 7, Juli 2007, S.74-78.

Neue Instrumente der Arbeitspolitik



Arbeit der Zukunft
Neue Wege einer gerechten und emanzipativen Arbeitspolitik
Herausgegeben von Peter Siller, Thea Dückert und Arne Baumann
2006, 533 S., brosch., 89,– €,
ISBN 978-3-8329-2320-4

Das Werk befasst sich mit den grundlegenden Zielen und Schwerpunkten einer gerechten Arbeitspolitik und den arbeitspolitischen Instrumenten der Zukunft.

Zum einen wird untersucht, welche Ziele für eine gerechte Arbeitspolitik zu formulieren sind. Zum anderen werden neue Instrumente der Arbeitspolitik diskutiert. Vier Fragen stehen dabei im Vordergrund: Brauchen wir neue Modelle für die Entwicklung des Dienstleistungssektors? Brauchen wir eine neue Steuerpolitik, um Zukunftsinvestitionen tätigen und die Lohnnebenkosten relevant senken zu können? Brauchen wir eine Wiederaufnahme der Arbeitszeitpolitik unter neuen Vorzeichen, die aus den Fehlern der achtziger Jahre lernt und insbesondere die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie und Arbeit und Bildung in den Vordergrund stellt? Und schließlich viertens: Was können wir in der Arbeitspolitik mit Blick auf andere Sozialstaatsmodelle in Europa lernen?

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 |
www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de

Nomos

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2007-7-8-54 - Generiert durch IP 216.73.216.60, am 23.01.2026, 18:01:31. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.