

www.kvzentrale.com/thema/gkv



E-BOOK
RATGEBER

GKV: KRANKENKASSEN IM VERGLEICH

1	Krankenkassen	4
1.1	Die größten Krankenkassen im Überblick	4
1.2	Versicherungspflicht	5
1.3	Familienversicherung	6
1.4	Freiwillige Versicherung	6
1.5	Unterschiede zur PKV	7
2	Leistungen der GKV	8
2.1	Ärztliche Behandlung	9
2.2	Psychotherapie	10
2.3	Zahnarzt, Zahnersatz & Kieferorthopädische Behandlung	11
2.4	Arzneimittel	12
2.5	Häusliche Pflege & Haushaltshilfen	13
2.6	Krankenhausbehandlung	13
2.7	Rehabilitation	14
2.8	Krankengeld	15
2.9	Fahrtkosten	16
2.10	Weitere Leistungen	17
3	Kosten der GKV	18
3.1	Beitragsbemessungsgrundlage	18
3.2	Beitragssatz	19
3.3	Selbstbeteiligung	20
3.4	Zusatzbeiträge	21
4	Krankenkassenvergleich und -wechsel	22
4.1	Wettbewerb der Krankenkassen untereinander	23
4.2	Beitragsdifferenzen	24
4.3	Nicht alle Kassen zahlen alles	25
4.4	Hausarztmodell	25
4.5	Wahltarife	26
4.5.1	Selbstbehalttarife	26
4.5.2	Chronikertarife	27
4.5.3	Beitragsrückerstattungen	27
4.5.4	Extraleistungen	27
4.5.5	Fazit Wahltarife	27
4.6	Bindungsfrist und Kündigungsrecht bei Wahlтарifen	27
4.7	Praxisgebühr	28
4.8	Beitragsermäßigung	28
4.9	Unterschiede beim Mitgliederservice	29

4.10	Chancen für Junge & Gesunde	30
4.11	Chancen für Familien.....	30
4.12	Sondertarife für Naturheilverfahren	31
4.13	Krankenkasse wechseln.....	32
5	Wechsel in die PKV.....	33
6	Fazit: GKV besser als ihr Ruf.....	33

1 Krankenkassen

Während es in den meisten Ländern mit einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem nur eine zentrale Krankenkasse gibt, sind es in Deutschland viele Kassen, die sich trotz gleicher gesetzlicher Grundlage in ihren Leistungen und Beiträgen unterscheiden. Viele Versicherte überrascht, dass es so viele verschiedene Krankenkassen gibt (aktuell sind es knapp 120 Kassen).

Der Grund für die Zersplitterung des Krankenversicherungssystems liegt darin, dass es anfangs für jede Berufsgruppe eine eigene Krankenkasse gab. Zusätzlich gründeten viele große Betriebe eigene Betriebskrankenkassen für ihre Angestellten, um mit den Krankenversicherungsbeiträgen das Geld der Versicherten im Konzern zu halten. Heute unterscheiden sich die meisten Krankenkassen in ihrem Angebot und den Kosten kaum noch untereinander. Zudem hat jeder Versicherte ein weitgehend freies Wahlrecht zwischen den einzelnen Krankenkassen. Der Wechsel von einer Krankenkasse in eine andere ist in der Regel bei Einhaltung einer zweimonatigen Kündigungsfrist völlig unproblematisch.

Die Unterschiede zwischen den Krankenkassen wurden über die Jahre immer marginaler, viele Krankenkassen verfügten bald nicht mehr über genügend Mitglieder, um sinnvoll am Markt teilzunehmen. Mit der Einführung der Insolvenzmöglichkeit für Krankenkassen wurden die unwirtschaftlichsten Kassen geschlossen. Daraufhin sank die Anzahl der verschiedenen Krankenkassen weiter. Experten gehen davon aus, dass in naher Zukunft nur noch etwa 50 verschiedene Krankenkassen existieren werden. Dennoch kann sich ein Krankenkassenvergleich für den Versicherten lohnen, denn je nach Mitgliederstruktur der einzelnen Krankenkasse und den eigenen Voraussetzungen kann eine Krankenkasse bessere Konditionen wie Sonderprämien oder spezielle Leistungen bieten, die bei der anderen Krankenkasse nicht vorhanden sind.

1.1 Die größten Krankenkassen im Überblick

Die Krankenkassen in Deutschland gliedern sich in verschiedene Bereiche, die ihre ursprüngliche Funktion beschreiben. Beispielsweise handelt es sich bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) um verschiedene Krankenkassen, die jeweils für eine bestimmte Region zuständig sind und in ihrer Gesamtheit ein flächendeckendes Netz in Deutschland bilden. Im Vergleich dazu standen die Betriebskrankenkassen früher nur den Beschäftigten des jeweiligen Betriebes offen. Um eine Betriebskrankenkasse zu eröffnen, muss der Betrieb über mindestens 1000 Beschäftigte verfügen. Allerdings machen viele Betriebe von der Möglichkeit Gebrauch, ihre Krankenkasse auch für betriebsfremde Versicherte zu öffnen.

Gemessen an der Zahl der Versicherten stellen die sogenannten Ersatzkassen die größte Krankenkasse in Deutschland dar. Ihren Namen erhielt die Ersatzkasse zur Zeit der

Einführung der GKV unter Bismarck. Damals wurden die Bürger automatisch derjenigen Krankenkasse zugeordnet, die für ihren jeweiligen Beruf zuständig war. Diese Zuweisung konnten die Versicherten mit der Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse ersetzen. Insgesamt verfügen die Ersatzkassen heute über die meisten Mitglieder in Deutschland, dicht gefolgt von den AOK.

Während Zusatzleistungen wie etwa private Reiseversicherungen in den Krankenkassen bis vor einigen Jahren noch verboten waren, haben sich die Bestimmungen mittlerweile etwas gelockert. Heute bieten die größten Krankenkassen verschiedene Wahltarife und zusätzliche Leistungen an, die einen Versicherungsvergleich sehr rentabel machen können. Da der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse für den Versicherten jederzeit möglich ist, schwanken die Mitgliederzahlen der Krankenkassen von Jahr zu Jahr sehr deutlich.

Misst man die Größe einer Krankenkasse jedoch nicht an ihrer Mitgliederzahl, sondern an der Anzahl der verschiedenen Krankenkassen eines Typs, dann haben die Betriebskrankenkassen einen klaren Vorsprung. Von den derzeit etwa 118 Krankenkassen in Deutschland sind ganze 95 Betriebskrankenkassen, die jedoch gerade im Vergleich zu den AOK und Ersatzkassen jeweils nur über wenige tausend Mitglieder verfügen.

1.2 Versicherungspflicht

Die gesetzliche Krankenversicherung kann dem Sozialstaatsprinzip natürlich nur dann gerecht werden, wenn auch tatsächlich alle Bürger krankenversichert sind. Dies wird mit der sogenannten Versicherungspflicht gewährleistet. Personen, die unter diese Versicherungspflicht fallen, sind automatisch in der GKV versichert, sie können also nicht vollständig in eine private Krankenversicherung wechseln und ihren gesetzlichen Versicherungsschutz damit ersetzen.

Die Versicherungspflicht kann entweder aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe oder aufgrund eines hohen Bruttoeinkommens entfallen. So sind Beamte und Soldaten von der Versicherungspflicht befreit. Sie haben im Krankheitsfall einen Beihilfeanspruch gegen ihren Dienstherrn, also den Staat, und können diesen Schutz mit einer privaten Teilversicherung ergänzen. Da Freiberufler und Selbstständige kein festes Einkommen haben, von dem die Beiträge für die GKV angezogen werden, entfällt auch für sie die Versicherungspflicht automatisch. Für Arbeitnehmer besteht grundsätzlich die Versicherungspflicht, allerdings können diese sich durch einen Antrag gegenüber der Krankenkasse hiervon befreien lassen, wenn ihr Bruttojahreseinkommen die Grenze der Versicherungspflicht übersteigt. Diese Grenze bewegt sich im Rahmen von 55.000 Euro.

Der Begriff der Versicherungspflicht ist jedoch nicht so zu verstehen, dass bei der Befreiung auch die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung wegfällt. Stattdessen berechtigt die Aufhebung der Versicherungspflicht den Versicherten lediglich dazu, die gesetzliche

Krankenversicherung durch eine private Vollversicherung zu ersetzen. Versicherungsnehmer, die von der Versicherungspflicht befreit sind, können sich auch bei den Krankenkassen freiwillig versichern.

1.3 Familienversicherung

Einer der größten Vorteile der GKV ist die kostenlose Mitversicherung von Kindern in der Familienversicherung. Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr mitversichert. Falls sie danach nicht erwerbstätig sind, verlängert sich der Zeitraum bis zum 23. Lebensjahr. Behinderte Kinder, die physisch oder psychisch nicht dazu in der Lage sind, ihren eigenen Unterhalt zu zahlen, sind sogar ohne zeitliche Begrenzung kostenlos versichert. Die kostenlose Mitversicherung von Kindern in der Familienversicherung ist jedoch nur dann möglich, wenn beide Elternteile in der GKV versichert sind. Wenn beide Elternteile in verschiedenen GKV versichert sind, haben sie ein Wahlrecht, in welcher Versicherung die Kinder einbezogen werden sollen. Hier lohnt sich oft ein Krankenkassenvergleich um herauszufinden, welche Krankenkasse die besten Konditionen für die Familienversicherung bietet. Falls ein Elternteil privat versichert ist, greift die Familienversicherung nur ein, solange das Einkommen dieses Elternteils nicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt.

Für Studenten gelten besondere Regeln. Diese sind grundsätzlich bis zum 25. Lebensjahr familienversichert. Wurde vor dem Beginn des Studiums ein Wehr- oder Zivildienst geleistet, verlängert sich die Familienversicherung um ein weiteres Jahr. Danach hat der Student die Möglichkeit, zu niedrigen Beiträgen in die freiwillige Studentenversicherung zu wechseln, die bis zum 30. Lebensjahr läuft. Mittlerweile bieten auch viele private Krankenversicherungen spezielle Studententarife an, die dieselben Leistungen bieten wie die gesetzliche Krankenversicherung.

Im Vergleich zur GKV existiert eine solche Familienversicherung in der privaten Krankenversicherung nicht. Dort müssen alle Familienmitglieder gesondert versichert werden, es fallen dann also auch für jedes Familienmitglied eigene Beiträge an. Für Familien ist die gesetzliche Krankenversicherung deshalb meist die bessere Wahl. Dementsprechend haben privat Versicherte auch die Möglichkeit, in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren, wenn die Voraussetzungen einer Familienversicherung erfüllt werden. Hiervon abgesehen ist die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung nur unter sehr erschwerten Bedingungen möglich.

1.4 Freiwillige Versicherung

Die sogenannte freiwillige Versicherung bezeichnet das Angebot der Krankenkassen, auch Mitglieder zu versichern, bei denen keine Versicherungspflicht mehr vorliegt. Das ist insbesondere der Fall, wenn ein volljähriges Kind aus der Familienversicherung austritt oder wenn das Gehalt eines Arbeitnehmers die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt. Diese

Personen haben dann die Wahl zwischen der Aufrechterhaltung ihres Versicherungsschutzes bei ihrer bisherigen Krankenkasse und dem Wechsel in eine private Vollversicherung.

Für ehemalige Pflichtmitglieder der GKV besteht nach dem Erlöschen der Versicherungspflicht ein Anspruch auf die Aufnahme als freiwillig versichertes Mitglied, wenn bei der jeweiligen Krankenkasse unmittelbar vor der Befreiung von der Versicherungspflicht ein Versicherungsschutz für die Dauer von mindestens 12 Monaten bestand. Alternativ besteht der Anspruch auch dann, wenn innerhalb der letzten fünf Jahre ein Versicherungsschutz für mindestens 24 Monate bestand.

Nach dem Ende der Versicherungspflicht muss der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten ein Aufnahmeantrag in die freiwillige Versicherung zugehen, nur dann bleibt der Anspruch auf eine Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung bestehen. Auch Selbstständige und Freiberufler, die stets von der Versicherungspflicht befreit sind, können auf Wunsch in die freiwillige Versicherung einer Krankenkasse eintreten, anstatt einen Versicherungsvertrag mit einer PKV abzuschließen. Für freiwillig versicherte Mitglieder bieten die Krankenkassen oft Wahltarife mit zusätzlichen Leistungen an, die denen der PKV sehr ähnlich sind. Die Beiträge in der freiwilligen Versicherung richten sich wie in der GKV üblich nach dem Einkommen des Mitglieds.

1.5 Unterschiede zur PKV

Über die Unterschiede zwischen GKV und PKV ranken sich viele Mythen. Immer wieder hört man davon, dass privat versicherte Patienten bei Ärzten bevorzugt behandelt werden und die gesetzliche Krankenversicherung doch viel teurer sei als eine private Versicherung. Diese Aussagen stimmen jedoch nur zum Teil. Um den Versicherungsschutz gesetzlicher und privater Krankenversicherungen sinnvoll vergleichen zu können, sollte man sich zunächst mit beiden Systemen genau vertraut machen.

Der größte Unterschied beider Modelle liegt bereits im Grundkonzept: Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Sozialversicherung, deren Beiträge alleine vom Einkommen abhängig sind. Das Alter sowie die Krankheitsgeschichten der Mitglieder werden bei der Beitragsbemessung also nicht berücksichtigt. Gesetzlich Versicherte zahlen während ihrer Berufstätigkeit also höhere Beiträge als in der Rente, nehmen im Alter aber naturgemäß mehr Leistungen in Anspruch. Bei der GKV ist das genau umgekehrt. Wer jung und gesund in die private Krankenversicherung einsteigt, zahlt niedrige Beiträge, die sich mit zunehmendem Alter und Bedarf an Leistungen aber erhöhen. Diese im Alter ansteigenden Beiträge werden in der PKV zwar durch Altersrückstellungen abgefangen, der Unterschied in der Beitragshöhe macht sich jedoch trotzdem bemerkbar.

Diese verschiedenen Beitragsmodelle führen dazu, dass vor allem gesunde Singles mit einer privaten Krankenversicherung im Vergleich zur GKV sparen können. Da es in der privaten

Krankenversicherung jedoch keine Familienversicherung gibt, muss jedes Familienmitglied einzeln versichert werden. Um die Kosten der beiden Modelle richtig vergleichen zu können, muss also die langfristige Lebensplanung berücksichtigt werden.

Auch im Leistungsumfang machen sich die Unterschiede deutlich bemerkbar. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die private Krankenversicherung mehr Leistungen bewilligt, als die gesetzliche Krankenversicherung. Das liegt vor allem daran, dass die private Krankenversicherung im Unterschied zur GKV nicht an gesetzliche Vorgaben und Leistungskataloge gebunden ist. Zwar ist der Mindestumfang der Leistungen vorgeschrieben, darüber hinaus haben die privaten Krankenversicherer aber freie Hand bei der Gestaltung ihrer Tarife.

In der Praxis merken die Patienten den Unterschied vor allem daran, wie ärztliche Leistungen abgerechnet werden. Gesetzlich versicherte bekommen von der Abrechnung des Arztes mit der Krankenkasse in der Regel gar nichts mit. Privat Versicherte Patienten erhalten jedoch zunächst einmal eine Rechnung, die sie dann ihrer Versicherung vorlegen müssen. Deshalb sollte auch vor jeder Behandlung mit der privaten Krankenversicherung geklärt werden, ob die Kosten auch tatsächlich voll übernommen werden.

2 Leistungen der GKV

Da die gesetzliche Krankenversicherung das Grundrisiko der Bürger abfangen soll, im Krankheitsfall durch hohe Kosten in den Bereich der Existenzgefährdung zu kommen, ist der Mindestumfang der Krankenversicherung gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Mindestschutz muss von allen Krankenkassen angeboten werden, auch die Anbieter der privaten Krankenversicherung müssen sich an diesem Minimalstandard messen lassen.

Wesentlicher Bestandteil der durch die gesetzliche Krankenversicherung abgesicherten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Haus- oder Facharztes im Krankheitsfall. Voraussetzung hierfür ist aber, dass es sich um einen bei der Krankenkasse zugelassenen Arzt handelt. Kassenärzte weisen hierauf meist bereits auf ihrem Praxisschild hin. Unter diesen Kassenärzten können die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung frei auswählen, die Behandlung bei einem privaten Arzt ohne Krankenkassenzulassung wird von der Krankenkasse dagegen nicht finanziert. Die Abrechnung für die erbrachten medizinischen Leistungen geschieht in der Regel ohne dass der Patient etwas davon mitbekommt. Dieser muss dem Arzt nur seine Mitgliedskarte der Krankenkasse vorlegen, die Abrechnung findet dann direkt zwischen dem Arzt und der Krankenkasse statt. Im Vergleich hierzu rechnet der Arzt die Leistungen mit einem Privatpatienten direkt ab, dieser muss die Rechnung dann seiner Krankenversicherung vorlegen.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestschutzes ist die Übernahme der Kosten von Zahnbehandlungen. Allerdings macht sich hier das Wirtschaftlichkeitsgebot bemerkbar, unter dem die gesetzliche Krankenversicherung steht. Solche Behandlungen werden nur abgesichert, solange und soweit sie unbedingt medizinisch notwendig sind. Auch neue Techniken der Zahnmedizin wie Implantate werden von der Krankenkasse in der Regel nicht übernommen, wenn zum Beispiel die Möglichkeit einer kostengünstigen Brücke besteht.

Da auch die Krankenkasse davon profitiert, wenn die Mitglieder möglichst lange gesund bleiben und das System nicht belasten, werden auch Vorsorgeuntersuchungen unter bestimmten Voraussetzungen unterstützt. Hier sind besonders die Krebsvorsorgeuntersuchungen relevant. Für Frauen werden diese ab dem 20. Lebensjahr, für Männer ab dem 45. Lebensjahr von der Krankenkasse bezahlt.

Über den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestschutz hinaus steht es den Kassen grundsätzlich frei, ihr Leistungsangebot im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu erweitern. Deshalb bieten heute viele Krankenkassen eine Reihe von unterschiedlichen Zusatzleistungen an. Da gesetzlich Versicherte grundsätzlich frei zwischen den verschiedenen Kassen wählen können, sollten Sie den Leistungsumfang der verschiedenen Anbieter genau miteinander vergleichen, um das beste Angebot für die eigenen Ansprüche zu finden.

In aller Regel wird ein solcher Krankenkassenvergleich jedoch ergeben, dass die gesetzliche Krankenversicherung oft nur den Grundsatz im Krankheitsfall abdeckt. In jungen Jahren reicht dieser zwar meistens völlig aus, wer aber einen höheren Bedarf an gesundheitlicher Versorgung hat, sollte über private Zusatzversicherungen nachdenken. Diese stehen auch gesetzlich Versicherten zur Verfügung. Sie erweitern den Versicherungsschutz der GKV erheblich und bieten im Bedarfsfall die beste Kombination aus beiden Welten.

2.1 Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Behandlung wird im Rahmen der GKV als sogenannte Sachleistung gewährt. Sie ist der wohl häufigste Anwendungsfall der Krankenversicherung. Hier machen sich die qualitativen Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung dann auch besonders deutlich bemerkbar. Sie betreffen vor allem das Wahlrecht des Patienten, die Abrechnung von Leistungen sowie den Umfang der versicherten Behandlungen.

Da das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten für den Behandlungserfolg sehr wichtig ist, kann die Krankenkasse ihren Mitgliedern nicht vorschreiben, bei welchem Arzt sie sich im Krankheitsfall behandeln lassen. Grundsätzlich können deshalb auch die Mitglieder der GKV ihren Arzt frei auswählen. Diese Wahlmöglichkeit ist jedoch auf die sogenannten Vertragsärzte beschränkt. Diese Ärzte haben meist dieselbe Qualifikation wie

Privatärzte, sind bei der Behandlung von Kassenpatienten jedoch an die Vorgaben der Krankenkasse, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Sie können daher beispielsweise nur Medikamente verschreiben, die von der Krankenkasse selbst zugelassen wurden. Für den Patienten hat dies jedoch auch einen Vorteil, denn er muss sich überhaupt nicht um die Bezahlung des Arztes kümmern, der Arzt rechnet seine Leistung direkt mit der Krankenkasse ab.

Privatpatienten haben im Vergleich hierzu eine wesentlich größere Wahlmöglichkeit. Sie müssen sich bei der Auswahl des behandelnden Arztes nicht auf die Vertragsärzte der Krankenkasse beschränken. Der gewählte Arzt ist bei seiner Behandlung dann auch nicht durch das Programm der Krankenkasse eingeschränkt. Zwar prüfen auch die privaten Krankenversicherungen, ob die Behandlung nötig und wirtschaftlich ist, sie legen hierbei aber einen wesentlich weiteren Maßstab an, als die gesetzliche Krankenversicherung. In der Regel erhält der Privatpatient deshalb gerade bei nicht unbedingt nötigen Behandlungen die beste Versorgung bei den Privatärzten. Die erbrachten Leistungen werden dann direkt dem Patienten in Rechnung gestellt. Um sicher zu gehen, dass die Rechnung von der PKV auch tatsächlich beglichen wird, sollte sich der Patient deshalb bereits vor der Behandlung eine Kostenübernahmebestätigung durch die private Krankenversicherung ausstellen lassen.

2.2 Psychotherapie

Psychische Störungen wie Angstzustände, Panikattacken, Neurosen oder Schlaflosigkeit können Menschen mindestens ebenso belasten wie physische Erkrankungen. Die Behandlung dieser Störungen ist heute sehr erfolgversprechend aber auch sehr teuer. Neben den behandelnden Experten müssen in vielen Fällen auch Psychopharmaka eingesetzt werden, die in der Regel sehr kostspielig sind. Bei Bedarf werden diese Kosten jedoch unter gewissen Voraussetzungen durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen.

Hier übersteigt das Leistungsprogramm der GKV sogar das Angebot der meisten privaten Krankenversicherungen. In der PKV ist eine einmal absolvierte Psychotherapie in der Krankengeschichte des Antragstellers sogar oft ein Ausschlussgrund. Viele Anbieter der PKV begrenzen die Leistungen für Psychotherapie wegen der hohen Kosten auf ein Minimum oder schließen diese sogar ganz aus. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt jedoch auch die Kosten einer notwendigen Psychotherapie, wenn diese bei einem Vertragsarzt durchgeführt wird.

Voraussetzung ist jedoch, dass zunächst durch einen Arzt ausgeschlossen wird, dass die psychischen Störungen allgemeinmedizinische Ursachen haben, die sich mit normalen Handlungsmethoden behandeln lassen. Falls dies nicht der Fall ist und eine fachkundige psychologische Betreuung nötig wird, kann der Patient bei den bei der Krankenkasse zugelassenen Psychotherapeuten Beratungsgespräche in Anspruch nehmen. Hierbei wird

zunächst festgestellt, ob überhaupt ein Behandlungsbedarf besteht und wie viele Stunden und Sitzungen die Behandlung voraussichtlich erfordern wird.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung bis zu einer Höchstgrenze von 300 Stunden für Erwachsene, bei Kindern sind bei Bedarf auch höhere Stundenzahlen möglich. Zu beachten ist jedoch, dass die Behandlung der Behebung tatsächlicher und akuter psychischer Störungen dienen muss. Behandlungen, die lediglich der Optimierung der eigenen sozialen oder beruflichen Fähigkeiten dienen, werden nicht unterstützt. Insbesondere ist deshalb die Kostenübernahme für Eheberatungen und Sexualtherapien ausgeschlossen.

2.3 Zahnarzt, Zahnersatz & Kieferorthopädische Behandlung

Durch die alternde Gesellschaft befindet sich die gesetzliche Krankenversicherung in der Situation, dass immer weniger junge Beitragszahler für immer mehr ältere Menschen aufkommen müssen, die Leistungen der GKV in Anspruch nehmen. Das Resultat ist ein akuter Sparzwang, der sich vor allem in den Leistungen für zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen bemerkbar macht. In diesem Bereich wurden die Leistungen der Krankenkasse in den letzten Jahren drastischer reduziert als in allen anderen Bestandteilen des gesetzlichen Versicherungsschutzes.

Grundsätzlich hat der gesetzlich Versicherte auch bei Zahnärzten die Wahl zwischen allen bei der Krankenkasse zugelassenen Ärzten. Bei der Kostenübernahme für zahnärztliche Behandlungen bestehen aber deutliche Einschränkungen. So werden etwa die Kosten für professionelle Zahnreinigungen, die ein- bis zweimal im Jahr erfolgen sollen und mit 50 bis 80 Euro je Behandlung zu Buche schlagen, überhaupt nicht übernommen. Noch drastischer ist die Lage im Bereich des Zahnersatzes. Hier zahlt die Krankenkasse nur noch einen Teil der sogenannten Regelversorgung.

Die Regelversorgung bezeichnet die absolut notwendige Mindestbehandlung für einen kranken Zahn. In vielen Fällen bedeutet das, dass der Zahn gezogen und beispielsweise durch eine günstige Brücke ersetzt wird, obwohl ein Zahnerhalt durch eine Wurzelbehandlung noch möglich aber zu teuer wäre. Selbst für diese Regelversorgung zahlt die Krankenkasse in der Regel nur einen Anteil von 50%. Wer jedoch mit den sogenannten Bonusheften nachweisen kann, dass er regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen hat vornehmen lassen, kann diesen Anteil etwas steigern.

Dennoch bietet die Regelversorgung in vielen Fällen, insbesondere bei Fragen des Zahnersatzes, keine zufriedenstellende Behandlungsmöglichkeit mehr. Insbesondere neue zahnmedizinische Entwicklungen wie Implantate, Inlays oder hochwertige Kronen werden im Rahmen der GKV nicht finanziert. Für den Patienten bedeutet das, dass er keinen Anspruch auf die beste, sondern nur auf die günstigste Versorgung hat.

Noch viel schlechter stehen die Chancen der gesetzlich Versicherten darauf, die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung ersetzt zu bekommen. Für Erwachsene wird zum Beispiel die Behandlung von Zahnfehlstellungen gar nicht mehr übernommen. Nur bei Kindern können solche Leistungen mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Bei kieferorthopädischen und zahnärztlichen Behandlungen sowie beim Zahnersatz wird der Leistungsunterschied zwischen GKV und privater Krankenversicherung am deutlichsten. Deshalb stellt die private Zahnzusatzversicherung auch das beliebteste Modell der Zusatzversicherungen dar. Sie eignet sich vor allem für diejenigen Mitglieder der Krankenkasse, die oft Probleme mit den Zähnen haben, um eine Garantie auf die beste Versorgung im Ernstfall zu bekommen.

2.4 Arzneimittel

Den größten Kostenfaktor stellen im Krankheitsfall neben den ärztlichen Behandlungen vor allem die Preise für die Medikamente und Arzneimittel dar. Aufgrund des enormen Sparzwangs in der GKV werden auch in diesem Bereich immer drastischere Kürzungen vorgenommen. Grundsätzlich beteiligt sich die gesetzliche Krankenversicherung zwar an den Kosten der für die Behandlung nötigen Arzneimittel, jedoch muss hierbei zwischen rezeptfreien und rezeptpflichtigen Medikamenten unterschieden werden.

Frei erhältliche Medikamente, für die keine Rezeptpflicht vorgesehen ist, werden von der Krankenkasse nicht gezahlt. Das betrifft vor allem Medikamente für alltägliche Krankheiten wie Hustensäfte, Halsschmerztabletten und vor allem Aspirin. Die einzige Ausnahme von diesem Grundsatz besteht in der Behandlung von chronischen Krankheiten. In diesen Fällen können auch für die Behandlung vorgesehene rezeptfreie Medikamente erstattet werden. Auch bei Kindern unter 12 Jahren sowie Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen werden die Kosten für frei erhältliche Arzneimittel in Ausnahmefällen übernommen.

Bei den Kosten für rezeptpflichtige Medikamente springt die Krankenkasse jedoch in der Regel ein, wenn ein Vertragsarzt ein entsprechendes Rezept erstellt hat. Zu beachten ist aber, dass der Patient sich an den Kosten dieser Medikamente selbst beteiligen muss. Diese Selbstbeteiligung beträgt in der Regel 10% des Marktpreises für das Medikament. Die Selbstbeteiligung muss mindestens 5 Euro betragen, darf aber nicht über 10 Euro steigen. Rezeptpflichtige Medikamente, die lediglich die eigene Lebensführung verbessern sollen und nicht der Behandlung einer spezifischen Krankheit dienen, werden von der Krankenkasse nicht unterstützt. Deshalb ist vor allem eine Kostenbeteiligung an dem Potenzmittel Viagra ausgeschlossen.

Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot darf die Krankenkasse sich nur an den Kosten für Medikamente beteiligen, deren Wirksamkeit schuldmedizinisch erwiesen ist. Die Kosten für homöopathische Mittel muss der Patient deshalb in aller Regel selbst tragen. Im Vergleich zu dieser Situation haben es die Mitglieder der privaten Krankenversicherung viel besser. Diese

übernimmt oft auch die Kosten alternativer Arzneimittel, die Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel variiert jedoch je nach Anbieter. Auch die Selbstbeteiligung bei der Anschaffung von Medikamenten ist in der PKV lediglich optional. Je nach Bedarf gibt es Tarife, in denen die Kosten ganz übernommen werden.

2.5 Häusliche Pflege & Haushaltshilfen

Wie die gesetzliche Krankenversicherung ist auch die gesetzliche Pflegeversicherung eine Pflichtversicherung. Das bedeutet, dass die Beiträge einkommensabhängig und automatisch vom Gehalt einbehalten werden, im Bedarfsfall hat der Versicherte dann Anspruch auf Pflegeleistungen. Im Unterschied zur GKV zahlt die Pflegeversicherung jedoch nur für Leistungen, wenn der Versicherte das Kriterium der Pflegebedürftigkeit erfüllt. Hierfür ist es in der Regel nötig, dass der Pflegebedarf mindestens das Ausmaß der Pflegestufe 1 erfüllt. Das ist bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel nach einem Unfall jedoch nicht der Fall.

In diesen Fällen greift die gesetzliche Krankenkasse ein und übernimmt die Kosten für die Pflege des Versicherten im selben Umfang, wie dies bei der Pflegeversicherung der Fall wäre. Die Kosten werden also bis zu gewissen Höchstbeträgen übernommen. Eine Kostenbeteiligung setzt auch voraus, dass die häusliche Pflege einen Krankenhausaufenthalt verhindert oder zumindest verkürzt. Die häusliche Pflege muss zudem von einem Vertragsarzt der Krankenkasse verordnet werden und dem Erfolg der ärztlichen Behandlung dienen.

Die Leistungen der GKV im Rahmen der häuslichen Pflege teilen sich auf in Basispflege, haushaltswirtschaftliche Maßnahmen und präventive beziehungsweise rehabilitierende Maßnahmen. Die Basispflege umfasst dabei alle nötigen Maßnahmen, zu denen der Versicherte nicht selbstständig in der Lage ist wie Nahrungsaufnahme, körperliche Pflege, Verbandswechsel, Tablettengabe und die Versorgung von Wunden und Verletzungen. Darüber hinaus werden dem Versicherten auch Haushaltshilfen zur Verfügung gestellt, die Geschäfte des alltäglichen Lebens wahrnehmen wie Einkäufe, Aufgaben im Haushalt und sonstige Besorgungen.

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung endet, wenn der Patient absehbar langfristig pflegebedürftig wird und eine der in SGB XI festgelegten Pflegestufen erfüllt. Dann greift die gesetzliche Pflegeversicherung ein und trägt die weiteren Kosten der häuslichen Pflege bis zu den jeweiligen Höchstsätzen.

2.6 Krankenhausbehandlung

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt die Kosten für eine Krankenhausbehandlung, wenn diese von einem Arzt verordnet wurde und eine ambulante oder häusliche Behandlung

nicht möglich ist. Der Patient darf sich das Krankenhaus grundsätzlich frei auswählen, wie auch bei der Arztwahl muss es sich bei seiner Wahl jedoch um ein Vertragskrankenhaus handeln. Bei der Überweisung ins Krankenhaus teilt der Arzt dem Patienten normalerweise die beiden nächstgelegenen Vertragskrankenhäuser mit. Wählt der Patient ein weiter entferntes Krankenhaus, muss er die Kosten für die Anfahrt grundsätzlich selbst tragen, es sei denn es liegt ein wichtiger Grund für diese Entscheidung vor. Wichtige Gründe können vor allem familiäre oder religiöse Besonderheiten sein.

Bei der Krankenhausbehandlung wird zwischen verschiedenen Modellen unterschieden. Der klassische Fall ist die vollstationäre Behandlung, die den Aufenthalt des Patienten im Krankenhaus über einen längeren Zeitraum nötig macht. Es gibt jedoch auch weniger intensive Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung. So trägt die gesetzliche Krankenversicherung in der Regel auch die Kosten der sogenannten vorstationären Krankenhausbehandlung, bei der die Patienten nur wenige Stunden im Krankenhaus verbleiben. Auch die nachstationäre Behandlung, die sich besonders nach Operationen an die vollstationäre Behandlung anschließt, wird vom Versicherungsschutz der Krankenkasse umfasst.

Bei den Kosten für die Krankenhausbehandlung muss der Patient in der Regel einen Betrag von 10 Euro pro Behandlungstag selbst tragen. Diese Selbstbeteiligung ist jedoch auf eine Dauer von 28 Tagen beschränkt, danach trägt die Krankenkasse die Kosten in voller Höhe. Wenn die Krankenhausbehandlung nach einem Unfall nötig wird, für den die Unfallversicherung zahlt, entfällt die Selbstbeteiligung sogar ganz. Bei der Krankenhausbehandlung gibt es große Unterschiede zwischen der GKV und den privaten Krankenversicherungen. In der PKV sind beispielsweise Zusatzleistungen wie ein komfortables Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt Standard. Diese Luxusleistungen können Versicherte der GKV grundsätzlich nicht in Anspruch nehmen, allerdings können auch sie die entsprechenden privaten Zusatzversicherungen abschließen. Bei der Behandlung von Kindern gibt es jedoch einen ganz wichtigen Vorteil der GKV. Hier werden die Kosten für den Krankenhausaufenthalt einer volljährigen Begleitperson für das Kind von der Krankenkasse getragen, die privaten Versicherer bieten diese Leistung dagegen nicht an.

2.7 Rehabilitation

Nach Unfällen und schweren Operationen ist oft eine langwierige und damit teure Rehabilitation nötig, um den Behandlungserfolg sicherzustellen. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten dieser Maßnahmen, wenn kein anderer Versicherungsträger zuständig ist. In der Praxis ist oft die Rentenversicherung der zuständige Kostenträger. Dies ist insbesondere bei Reha-Maßnahmen der Fall, die sich innerhalb von 14 Tagen an schwere Operationen anschließen. Auch die Kriegsopferversorgung ist Aufgabe der

Rentenversicherung. Wenn die Rehabilitation nach einem Unfall am Arbeitsplatz oder einer typischen Berufskrankheit nötig wird zahlt dagegen die Unfallversicherung. Bei Bedürftigen, die aufgrund ihrer Erwerbslosigkeit weder Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung noch die Renten- oder Unfallversicherung zahlen, übernimmt das Sozialamt die Kosten. Bei Reha Maßnahmen zur Nachbehandlung einer Krebsterapie sind Krankenkasse und Rentenversicherung gleichzeitig zuständig.

Die Patienten müssen sich mit diesen Zuständigkeiten in der Regel jedoch nicht befassen. Wenn zwei verschiedene Versicherungen gleichzeitig für die Kosten zuständig sind, springt stets die Stelle ein, bei der die Leistung zuerst beantragt wurde. Auch wenn die Kostenübernahme bei der falschen Versicherung beantragt wird, werden die Kosten kurzfristig von dieser Stelle übernommen, bis die richtige Versicherung nahtlos anschließt. Beamte müssen sich bei Bedarf an Reha Maßnahmen an die zuständige Beihilfestelle wenden.

Auch eine notwendige Kur wird von der GKV getragen, wenn ein Vertragsarzt deren Notwendigkeit bescheinigt. Hier muss sich der Patient mit einem Betrag von 9 Euro pro Kurtag an den Kosten beteiligen, längstens jedoch für 14 Tage. Zu beachten ist auch, dass die Rehabilitation erwiesenermaßen einem medizinischen Zweck dienen und effektiv sein muss. Alternative Maßnahmen wie Akkupunktur werden deshalb in der Regel gar nicht, die Kosten für Massagen nur dann erstattet, wenn sie nötig sind, um Haltungsschäden zu korrigieren oder vorzubeugen.

2.8 Krankengeld

Schwere Krankheiten führen manchmal zur zumindest vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, die den Patienten in Existenzgefahr bringen kann. Um dieses Risiko abzufangen, haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld im Krankheitsfall. Das Krankengeld soll dabei den Verdienstausfall ausgleichen. Zur Berechnung der Höhe des Krankengelds wird das Bruttoeinkommen des Versicherten vor der Arbeitsunfähigkeit herangezogen. Das Krankengeld beträgt dann 70% des Bruttogehalts. Bei Selbstständigen oder Versicherten mit unregelmäßigem Einkommen wird das Durchschnittsgehalt der letzten drei Monate berücksichtigt.

Vom Krankengeld selbst müssen keine Steuern gezahlt werden. Sollten jedoch andere, steuerpflichtige Einkünfte vorhanden sein, wird das Krankengeld bei der Steuerfestsetzung berücksichtigt. In der Regel haben Arbeitnehmer im Krankheitsfall einen Lohnfortzahlungsanspruch für die Dauer von sechs Wochen gegen den Arbeitgeber. Dieser Anspruch schließt das Krankengeld aus, die Zahlung beginnt dann also erst nach diesen sechs Wochen. Auch der Bezug von Kindergeld verzögert den Anspruch auf Krankengeld.

Vom Krankengeld völlig ausgenommen sind Familienversicherte und Studenten. Eltern bekommen einen Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld, wenn ein familienversichertes Kind krank wird und die Pflege nicht durch ein anderes Familienmitglied vorgenommen werden kann. Der Anspruch auf Krankengeld besteht für einen Zeitraum von insgesamt 72 Wochen innerhalb von drei Jahren. Hierbei spricht man von einer Blockfrist. Wenn der Versicherte innerhalb dieser Blockfrist mindestens sechs Monate gesund war und arbeiten konnte oder eine neue Krankheit auftritt, beginnt eine neue dreijährige Blockfrist. Während des Bezugs von Krankengeld müssen keine Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt werden, allerdings werden die Beiträge für die Pflege- und Rentenversicherung direkt vom Krankengeld abgezogen.

Da das Krankengeld Bestandteil des minimalen Versicherungsschutzes ist, der für alle Krankenversicherungen vorgeschrieben ist, müssen auch die privaten Krankenversicherungen Krankengeld anbieten. Dies darf nicht in niedrigeren Beträgen oder für kürzere Zeiträume wie das gesetzliche Krankengeld gezahlt werden. Tatsächlich bieten die privaten Krankenversicherungen in vielen Tarifen sogar höhere Krankengeldzahlungen an als die gesetzliche Krankenversicherung.

2.9 Fahrtkosten

Gerade bei der Krankenhausbehandlung können je nach der Entfernung der Klinik vom Wohnort des Patienten erhebliche Kosten für die An- und Abfahrt entstehen, vor allem der Transport in einem Krankenwagen ist sehr teuer. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt bei stationären Behandlungen die Fahrtkosten, wenn diese im Zusammenhang mit medizinisch notwendigen Leistungen stehen. Als Fahrtkosten werden sowohl die Kosten für den Transport in einem medizinischen Fahrzeug als auch die Fahrtkosten im öffentlichen Nahverkehr anerkannt. In Ausnahmefällen fallen auch Taxikosten unter die von der Krankenkasse gezahlten notwendigen Fahrtkosten.

Im Vergleich hierzu werden die Fahrtkosten für ambulante Behandlungen nur noch in Ausnahmefällen getragen. Früher war dies für chronisch Kranke und in sogenannten Härtefällen möglich, mittlerweile wurden die Bedingungen noch weiter verschärft. Heute muss die ambulante Behandlung unbedingt medizinisch notwendig sein. Das gilt zum Beispiel für Chemotherapien, Dialysebehandlungen oder ähnlich wichtige Maßnahmen. Eine weitere Ausnahme gilt für Patienten, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind. Diese Voraussetzung muss in der Praxis regelmäßig durch einen Schwerbehindertenausweis oder eine Pflegebedürftigkeit nachgewiesen werden. Die Pflegebedürftigkeit muss dabei mindestens die Pflegestufe 2 erreichen.

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet die Fahrtkosten nur oberhalb der sogenannten Belastungsgrenze. Diese liegt in der Regel bei 2% des jährlichen Bruttoeinkommens. Ein Patient mit einem Bruttoeinkommen von 30.000 Euro muss also

jährliche Fahrtkosten in Höhe von 600 Euro selbst tragen. Bei chronisch Kranken, die regelmäßig zu Behandlungen fahren müssen, beträgt die Belastungsgrenze dagegen nur 1% des Bruttojahresgehalts. Für Familien existieren Familienfreibeträge, die vom Bruttogehalt abgezogen werden. Dadurch wird das für die Belastungsgrenze erhebliche Einkommen deutlich geringer berechnigt, was gerade für Familien eine enorme Erleichterung bei den Fahrtkosten bedeuten kann.

2.10 Weitere Leistungen

Da die Leistungen der GKV unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit stehen, beschränken sie sich in der Regel auf medizinisch notwendige Maßnahmen. Darüber hinaus gibt es aber noch einige andere Leistungen, die zwar medizinisch nicht unbedingt nötig sind, vom Gesetzgeber aber für so wichtig gehalten werden, dass sie Teil des Leistungsprogramms der GKV sind. Dies betrifft vor allem die Empfängnisverhütung und medizinische Vorsorgeuntersuchungen.

Für die Empfängnisverhütung übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für Präparate wie die Anti-Baby-Pille, Kondome werden also nicht finanziert. Bei Frauen unter 20 Jahren wird die gynäkologische Voruntersuchung bei einem Vertragsarzt bezahlt sowie die verschriebenen Präparate. Frauen über 20 Jahren können nur die Kosten für die Untersuchung erstattet bekommen, müssen die Präparate jedoch aus eigener Tasche zahlen. Auch die Sterilisation von Männern kann von der Krankenkasse übernommen werden, wenn diese nach der Beratung durch einen Facharzt gewünscht wird. Die spätere Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit fällt jedoch nicht mehr unter den Versicherungsschutz. Ein besonders heikles Thema sind Abtreibungen. Schwangerschaftsabbrüche sind in Deutschland in der frühen Schwangerschaftsphase zwar legal, wenn die werdende Mutter ein Beratungsgespräch durchgeführt und sich zu diesem Schritt entschlossen hat. Die Kosten hierfür werden jedoch nur übernommen, wenn die Gesundheit der Mutter durch die Schwangerschaft gefährdet ist oder die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung ausgelöst wurde.

Auch Vorsorgeuntersuchungen dienen nicht direkt der Behandlung einer konkreten Krankheit und können deshalb nicht als medizinisch notwendig bezeichnet werden. Allerdings sollen diese Untersuchungen ja gerade dem Auftreten einer Krankheit mit hohen Behandlungskosten entgegenwirken, weshalb die gesetzliche Krankenversicherung für diese Kosten grundsätzlich aufkommt. Bei Männern werden Vorsorgeuntersuchungen ab dem 45. Lebensjahr getragen, Frauen haben bereits ab dem 20. Lebensjahr einen Anspruch auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen.

Darüber hinaus bieten die verschiedenen Krankenkassen in sogenannten Wahltarifen zusätzliche Leistungen an, die jedoch je nach Krankenkasse sehr unterschiedlich ausfallen. In diesen Wahltarifen sind die Beiträge zur GKV höher, dafür haben die Versicherten auch Anspruch auf Sonderleistungen. Hierdurch soll das gesetzliche Gesundheitssystem im

Vergleich zur PKV konkurrenzfähiger und auch für Besserverdiener attraktiv werden. Es kann sich also durchaus lohnen, die Angebote der verschiedenen Krankenkassen miteinander zu vergleichen, um das beste Gesamtpaket zu finden.

3 Kosten der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung ist als Sozialversicherung ausgestaltet, die im Krankheitsfall für grundsätzlich alle Bürger greift. Die Leistungen für bedürftige Mitglieder werden dabei durch die Beiträge aller anderen Mitglieder finanziert. Dies bringt natürlich eine enorme finanzielle Belastung der GKV mit sich, die jährlichen Ausgaben nähern sich langsam aber sicher dem Betrag von 200 Milliarden Euro. Finanziert werden die Leistungen der GKV vor allem aus dem Gesundheitsfonds. Jeder Arbeitnehmer zahlt einen Anteil seines Gehalts in diesen Fonds ein, ein weiterer Teil wird vom Arbeitgeber beigesteuert. Auch die Zusatzbeiträge, die je nach Krankenkasse erhoben werden, dienen unmittelbar der Kostendeckung des Gesundheitssystems.

Die Höhe der Grundbeiträge wird gesetzlich vorgeschrieben, ist also bei jeder Krankenkasse gleich. Allerdings können die einzelnen Kassen Zusatzbeiträge erheben, mit denen besondere Leistungen finanziert werden. Trotz der einheitlichen Beitragssätze kann sich ein Krankenkassenvergleich also lohnen.

3.1 Beitragsbemessungsgrundlage

Die Beitragsbemessungsgrundlage für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Bruttojahreseinkommen des Versicherten. Hiervon wird der an die jeweilige Krankenkasse zu zahlende Beitrag prozentual berechnet. Zu beachten ist jedoch die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze. Das Bruttojahreseinkommen wird nur bis zu dieser Grenze berücksichtigt. Wer mehr verdient, zahlt aufgrund dieser Deckelung also einen geringeren Prozentsatz seines gesamten Jahreseinkommens. Die Höhe der Beitragsanteile am Gehalt sowie die Beitragsbemessungsgrenze werden jährlich neu festgelegt.

Von der Beitragsbemessungsgrenze zu unterscheiden ist die Versicherungspflichtgrenze. Grundsätzlich sind alle Arbeitnehmer zu einer Krankenversicherung in der GKV verpflichtet. Ein Wechsel ist nur möglich, wenn das Bruttojahreseinkommen diese Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Bis vor einigen Jahren waren die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze identisch. Mittlerweile liegt die Beitragsbemessungsgrenze jedoch deutlich unter der Versicherungspflichtgrenze. So endet die Versicherungspflicht erst ab einem Bruttojahreseinkommen von knapp über 52.000 Euro, für die Beitragsberechnung wird das Gehalt jedoch nur bis zu einer Höhe von 46.000 Euro berücksichtigt.

Ein gut verdienender Versicherter in der GKV zahlt also bereits den absoluten Höchstbeitrag, bevor er in die private Krankenversicherung wechseln kann. Zusätzlich hat eine stetig steigende Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für Gutverdiener die Folge, dass ihre Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung ansteigen. Das stellt für viele Versicherte, deren Gehalt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt einen Grund dar, in die einkommensunabhängige private Krankenversicherung zu wechseln. Vor diesem Schritt sollte jedoch etwas Zeit investiert werden, um die Angebote und vor allem die langfristigen Kosten der GKV mit der PKV zu vergleichen. Da die Beiträge der privaten Krankenversicherung mit dem Alter steigen, ist diese nicht immer die beste und günstigste Lösung.

Die Beitragsbemessungsgrundlage und die Versicherungspflichtgrenze werden von der Politik jedes Jahr neu festgelegt, wobei die Lohnentwicklung des Vorjahres berücksichtigt wird. Die Grenzen sind verpflichtend und damit bei jeder Krankenkasse gleich. In der Praxis führt die Koppelung an das Lohnniveau jedoch dazu, dass im Osten der Republik eine niedrigere Beitragsbemessungsgrenze gilt als im Westen. Dadurch liegen die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung im Westen etwas höher.

Bei Selbstständigen besteht keine Versicherungspflicht, diese können sich jedoch freiwillig in der GKV versichern. Als Bemessungsgrundlage für die Höhe der Beiträge werden dann die Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Kapitalvermögen, Zinseinnahmen und eventuell Renten herangezogen. Auch ausgezahlte Gründerzuschüsse werden im Rahmen der Beitragsbemessung berücksichtigt.

3.2 Beitragssatz

Die Mitglieder der Krankenkasse zahlen an diese einen monatlichen Beitrag, dessen Höhe sich ausschließlich nach dem Bruttogehalt richtet. Das Alter, das Geschlecht oder der persönliche Gesundheitszustand spielen im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung keine Rolle. Risikozuschläge werden also nicht erhoben.

Seit dem 1. Januar 2009 ist der Beitragssatz für alle Krankenkassen vereinheitlicht. Er wird durch die Politik festgelegt und in regelmäßigen Abständen an den Finanzierungsbedarf der Krankenkassen angepasst. Die Mitglieder aller Krankenkassen zahlen ihre Beiträge dabei in den sogenannten Gesundheitsfonds ein, dessen Gelder dann anteilig auf die Krankenkassen aufgeteilt werden. Darüber hinaus haben Krankenkassen, die einen höheren Finanzierungsbedarf haben die Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben. Diese werden dann direkt an die Krankenkasse gezahlt.

Der derzeitige allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 % vom Bruttogehalt. Das Gehalt wird jedoch nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Liegt diese Grenze zum Beispiel bei 36.000 Euro Bruttojahresgehalt, beträgt der höchstmögliche

allgemeine Beitragssatz hiervon 15,5 %, also 5,580 Euro, was einem Monatsbeitrag von 463,33 Euro entspricht. Wenn das Bruttogehalt unter der Grenze liegt, fällt der Beitrag entsprechend niedriger aus, wer mehr verdient zahlt jedoch nicht mehr als diesen Höchstbetrag.

Die Beiträge zur GKV werden bei Arbeitnehmern teilweise selbst, teilweise durch den Arbeitgeber getragen. Der Arbeitgeber zahlt dabei von den insgesamt 15,5 % einen Anteil von 7,3 %. Der Arbeitnehmer trägt den Rest von 8,3 %. Im obigen Beispiel ergibt sich daraus für den Arbeitnehmer ein Krankenkassenbeitrag von 246 Euro. Falls die Krankenkasse Zusatzbeiträge erhebt, sind diese vom Arbeitnehmer selbst zu zahlen, der Arbeitgeber beteiligt sich also nicht an diesen Kosten. Unter Umständen hat der Versicherte jedoch einen Anspruch auf Sozialausgleich für die Zusatzbeiträge. Das setzt voraus, dass der Zusatzbeitrag höher ist als 2 % des Bruttoeinkommens.

Der allgemeine Beitragssatz gilt grundsätzlich auch für Selbstständige, die freiwillig in der Krankenkasse versichert sind. Da diese in keinem Arbeitsverhältnis stehen und deshalb keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall haben, steht ihnen ab dem 49. Tag der Krankheit ein Anspruch auf Krankengeld zu. Wenn auf diesen Anspruch verzichtet wird, reduziert sich der Beitragssatz auf 14,9 % des Einkommens.

Obwohl grundsätzlich jede Krankenkasse denselben allgemeinen Beitragssatz erhebt, gibt es gerade durch Zusatzbeiträge und eventuelle Wahltarife erhebliche Unterschiede in den tatsächlichen Kosten. Ein Krankenkassenvergleich kann sich also durchaus lohnen, oft lässt sich hierdurch viel Geld sparen oder die Krankenkasse finden, die das beste PreisLeistungsverhältnis bietet.

3.3 Selbstbeteiligung

Die gesetzliche Krankenversicherung kommt zwar grundsätzlich für alle notwendigen medizinischen Leistungen für ihre Mitglieder auf, in den allermeisten Fällen müssen sich die Versicherten jedoch zumindest an den Kosten beteiligen. Bei der GKV handelt es sich also nicht um eine Vollversicherung, vielmehr sollen die Bürger nur vor den enormen finanziellen Belastungen im Krankheitsfall geschützt werden. Die Höhe der Selbstbeteiligung hängt vom jeweiligen Bereich ab und ist gesetzlich geregelt, gilt also für alle Krankenkassen.

Die wohl bekannteste Form der Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten ist die Praxisgebühr, die mittlerweile abgeschafft wurde. Für Arztbesuche mussten pro Quartal pauschal 10 Euro vom Patienten selbst bezahlt werden, diese Regelung galt jeweils für Zahnärzte und Allgemeinärzte getrennt, im Höchstfall betragen die Kosten für die Praxisgebühr also 80 Euro.

Auch in anderen Bereichen ist eine Selbstbeteiligung des Patienten vorgeschrieben und üblich. Bei Medikamenten, Heilmitteln und medizinischen Verbrauchsgegenständen wie

Verbänden oder Spritzen beläuft sich die Selbstbeteiligung auf 10% der Kosten, bewegt sich jedoch zwischen 5 und 10 Euro. Anschaffungen im Wert von unter 5 Euro muss der Versicherte also vollständig selbst zahlen, die Selbstbeteiligung beträgt jedoch nie mehr als 10 Euro. Hierdurch sollen die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems einerseits und die Leistungsfähigkeit der Versicherten andererseits ausgeglichen werden.

Bei Krankenhausaufenthalten fällt eine Selbstbeteiligung von 10 Euro pro Tag an. Diese Zahlung ist jedoch auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Die Selbstbeteiligung für stationäre Behandlungen kann deshalb einen Betrag von 280 Euro nicht übersteigen. Auch an den Kosten der häuslichen Pflege muss sich der Patient selbst beteiligen. Diese beträgt ebenfalls pauschal 10 Euro pro Verordnung.

Wenn die Kosten der Selbstbeteiligung in einem Kalenderjahr eine Summe übersteigt, die mehr als 2% des Bruttogehalts ausmachen, kann sich der Versicherte für den Rest des Kalenderjahres von der Selbstbeteiligung befreien lassen. Gerade bei chronisch Kranken kann die Selbstbeteiligung schnell zu einer ernstzunehmenden finanziellen Belastung werden. Bei dieser Patientengruppe besteht deshalb schon ab einer Selbstbeteiligung von einem Prozent des Bruttogehalts ein Recht auf Befreiung. Es ist allerdings zu beachten, dass diese Befreiung nicht automatisch bei Überschreitung der Grenzen eintritt. Vielmehr muss die Freistellung bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden. Wenn abzusehen ist, dass die Selbstbeteiligung in einem Kalenderjahr diese Grenzen übersteigt, kann die Befreiung bereits zu Jahresbeginn beantragt werden. Dann wird die jeweilige maximale Selbstbeteiligung, also entweder ein oder zwei Prozent des Bruttogehalts, im Voraus an die Krankenkasse überwiesen.

3.4 Zusatzbeiträge

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung, deren Anbieter untereinander im freien Wettbewerb stehen und die Höhe der Beiträge frei festlegen können, ist der allgemeine Beitragssatz für die GKV gesetzlich festgelegt und bei jeder Krankenkasse gleich. Allerdings können die Beiträge durch zusätzliche Elemente erhöht werden, was dann wieder zu Unterschieden und einem Wettbewerb auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung führt. Hierbei unterscheidet man zwischen Zusatzbeiträgen und Wahlтарifen.

Wahlтарifen erlauben es der Krankenkasse, zusätzliche, gesetzlich nicht vorgeschriebene Leistungen zu höheren Preisen anzubieten. Diese Wahlтарifen sind für die Versicherten freiwillig. Im Vergleich dazu kann die Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben, wenn ihr Finanzbedarf durch den allgemeinen Beitragssatz nicht gedeckt werden kann. Im Unterschied zu den Wahlтарifen müssen die Zusatzbeiträge von allen Versicherten bezahlt werden und gehen direkt an die Krankenkasse, sie nehmen also nicht den Umweg über den Gesundheitsfonds wie der allgemeine Beitragssatz.

Die Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern die Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags ankündigen. Für den Versicherten entsteht in diesem Fall ein Sonderkündigungsrecht. Falls der Beitragszahler mit dem Zusatzbeitrag nicht einverstanden ist, kann er also außerhalb der üblichen Laufzeiten und Kündigungsfristen kündigen und einer anderen Krankenkasse beitreten. In der Praxis führte das bisher zu einem deutlichen Mitgliederverlust bei den Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben sowie einem Anstieg der Mitglieder bei den Krankenkassen ohne Zusatzbeiträge.

Damit die Einführung von Zusatzbeiträgen dem Konzept der Sozialversicherung, die sich jeder Bürger leisten kann, nicht zuwider läuft, gibt es eine Härtefallgrenze von zwei Prozent des Bruttogehaltes. Wenn der Zusatzbeitrag diese Grenze übersteigt, hat der Versicherte einen Anspruch auf Sozialausgleich. Der Arbeitgeber überprüft, ob diese Voraussetzung vorliegt. Wenn ein Anspruch auf Sozialausgleich gegeben ist, reduziert sich der vom Arbeitnehmer zu zahlende Beitrag für die gesetzliche Krankenversicherung um die jeweilige Differenz.

4 Krankenkassenvergleich und -wechsel

Viele Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben ihr ganzes Leben lang bei ihrer ursprünglichen Krankenkasse. Oft wissen die versicherten gar nicht, dass die Möglichkeit haben, die Krankenkasse zu wechseln. In vielen Fällen kann ein Wechsel jedoch viel Geld sparen oder ein wesentlich höheres Leistungsangebot bringen. Mit einem Krankenkassenvergleich finden gesetzlich versicherte Arbeitnehmer die Krankenkasse, die das für sie beste Gesamtpaket anbietet.

Seit dem 1.1.1996 besteht in Deutschland die grundsätzliche Wahlmöglichkeit zwischen den Krankenkassen. Dies soll einerseits den Wettbewerb unter den Anbietern der GKV erhöhen, andererseits die Versicherten dabei unterstützen, den für sie besten Versicherungsschutz zu finden. Die Mitglieder der GKV können grundsätzlich jederzeit in alle Krankenkassen wechseln, die sich für Versicherte im Bundesland des Wohnortes oder im Bundesland des Arbeitsplatzes geöffnet haben.

Für einen Wechsel muss zunächst der aktuellen Krankenkasse gekündigt werden. Hierzu ist kein besonderer Antrag nötig, es genügt ein formloses Kündigungsschreiben. Bei der Kündigung ist eine Frist von zwei Monaten zu beachten. Gleichzeitig sollte der Aufnahmeantrag bei der gewünschten Krankenkasse beantragt werden. Wenn bis zum Ablauf der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse gefunden wurde, läuft der Versicherungsschutz der früheren Krankenkasse automatisch weiter, es entsteht also keine zeitliche Lücke in der Krankenversicherung.

Beim Wechsel in eine neue Krankenkasse beginnt eine Mindestlaufzeit von 18 Monaten, in der grundsätzlich nicht erneut gewechselt werden kann. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht jedoch dann, wenn die neue Krankenkasse einen Zusatzbeitrag neu einführt. Der Versicherte hat dann innerhalb von zwei Monaten ein Sonderkündigungsrecht, muss den Ablauf der 19 Monate also nicht abwarten.

Alle Krankenkassen bieten wechselwilligen Mitgliedern Informationsmaterial an, das alle notwendigen Hinweise zum Wechsel in einen anderen gesetzlichen Versicherungsschutz beinhaltet. Wer sich nicht sicher ist, welche Krankenkasse das beste Leistungsangebot bietet, kann sich im Internet auf Versicherungsportalen informieren. Diese ermöglichen einen übersichtlichen Krankenkassenvergleich anhand von Gesamtbeiträgen, Wahlтарifen und Leistungsumfang der jeweiligen Versicherung.

4.1 Wettbewerb der Krankenkassen untereinander

Bis Anfang der neunziger Jahre war es Mitgliedern der GKV nicht möglich, ihre Krankenkasse zu wechseln. Das führte dazu, dass sich die einzelnen Krankenkassen nicht um die Anwerbung von Neumitgliedern oder die Bindung der bestehenden Mitglieder bemühen mussten. Auf eine wirtschaftliche Ausrichtung der Leistungen wurde ebenfalls keinen Wert gelegt, der Finanzierungsbedarf wurde immer höher und führte zu einer Überlastung des Gesundheitssystems.

Dieser Entwicklung sollte mit der Einführung der Wahlfreiheit entgegen gewirkt werden. Die Krankenkassen stehen nun im direkten Wettbewerb nicht nur mit den Anbietern der privaten Krankenversicherung sondern auch untereinander. Der Wettbewerb konzentriert sich dabei vor allem auf die jungen und gesunden Mitglieder, schließlich finanzieren diese die Leistungen für alle anderen. Mit der Einführung von Zusatzbeiträgen und Wahlтарifen hat der Gesetzgeber den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander weiter verstärkt.

Zwar ist der allgemeine Beitragssatz, den jede Krankenkasse erheben muss, gesetzlich vorgeschrieben, mittlerweile gibt es aber viele Krankenkassen die Zusatzbeiträge erheben. Diese sollen einen erhöhten Finanzierungsbedarf ausgleichen und sind für alle Mitglieder verpflichtend. Krankenkassen, die keinen Zusatzbeitrag erheben weil sie kostensparend wirtschaften, haben damit einen klaren Wettbewerbsvorteil. Auch in den angebotenen Wahlтарifen unterschieden sich die Krankenkassen untereinander. Der Beitrag für diese Tarife liegt zwar ebenfalls höher als der allgemeine Beitragssatz, allerdings haben die Versicherten die Wahl, ob Sie in einen solchen Tarif wechseln oder im allgemeinen Tarif bleiben wollen. Außerdem erhalten die Mitglieder in den Wahlтарifen einen direkten Gegenwert in Form von zusätzlichen Versicherungsleistungen, die über das gesetzliche Leistungsangebot der GKV hinaus gehen.

Diese Wahltarife sind oft vergleichbar mit privaten Zusatzversicherungen und erhöhen den Versicherungsschutz in frei wählbaren Bereichen, etwa dem Zahnersatz oder Krankengeld. Im Ergebnis haben dadurch die Krankenversicherungen einen Vorteil gegenüber ihren Mitbewerbern, die erstens sinnvoll wirtschaften und zweitens attraktive Wahltarife für ihre Mitglieder anbieten. Von diesem Konkurrenzdruck profitieren sowohl die Versicherten als auch das Gesundheitssystem.

4.2 Beitragsdifferenzen

Dass beim Wechsel der Krankenkasse Geld gespart werden kann mag zunächst überraschen, immerhin ist der allgemeine Beitrag zur GKV ja gesetzlich vorgeschrieben und damit für alle Mitglieder bei allen Krankenkassen gleich. Dennoch ergeben sich bei den Beiträgen zu den einzelnen Krankenkassen teilweise erhebliche Unterschiede. Diese Beitragsdifferenzen haben ihren Grund vor allem darin, dass die Krankenkassen zuzüglich zum allgemeinen Beitrag Zusatzbeiträge und Wahltarife einführen können.

Die Zusatzbeiträge müssen von allen Mitgliedern der Krankenkasse gezahlt werden, sie erhalten dafür zwar keine zusätzlichen Leistungen, können bei der Einführung eines Zusatzbeitrags jedoch von einem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen und zu einer Krankenkasse wechseln, die keine Zusatzbeiträge berechnet. Die Einführung eines Zusatzbeitrags führt bei der Krankenkasse deshalb oft zu einem erheblichen Verlust von Mitgliedern, stellt also einen Wettbewerbsnachteil dar. Von den Wahltarifen profitieren dagegen sowohl die Krankenkassen als auch die Versicherten. Zwar sind die Beiträge in diesen Tarifen ebenfalls höher, allerdings erhält der Versicherte hierdurch auch attraktive Zusatzleistungen, die mit dem Versicherungsschutz privater Krankenversicherungen vergleichbar sind.

Beim Krankenkassenvergleich sollte deshalb nicht nur auf die absoluten Beiträge geachtet werden sondern vor allem darauf, wie sich diese Beiträge zusammensetzen. Nur wer auch die Leistungen der jeweiligen Tarife miteinander vergleichen kann, findet das für sich beste PreisLeistungsverhältnis. Im Internet gibt es zu diesem Zweck viele Vergleichsrechner, die sowohl Beiträge als auch das Leistungsangebot der einzelnen Krankenkassen miteinander vergleichen. Mit der Einführung von Wahltarifen und Zusatzbeiträgen hat der Gesetzgeber also einen echten Wettbewerb unter den Anbietern der GKV geschaffen, von denen in erster Linie die Versicherten profitieren.

Zudem besteht bei gut wirtschaftenden Krankenkassen die Möglichkeit, Beitragsüberschüsse an ihre Mitglieder auszuzahlen. Die Höhe dieser Beitragsrückzahlungen unterscheidet sich dabei je nach Krankenkasse. Deshalb können selbst auf den ersten Blick teure Krankenkassen langfristig günstiger sein als andere Krankenkassen, deren Gesamtbeiträge niedriger sind.

4.3 Nicht alle Kassen zahlen alles

Der Gesetzgeber sieht einen Mindestumfang für den Versicherungsschutz vor, der von allen Versicherungsanbietern, also sowohl der GKV wie auch der PKV, geleistet werden muss. Zu diesem Mindestschutz gehören alle notwendigen medizinischen Behandlungen sowie Vorsorgeuntersuchungen für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr.

Darüber hinaus können die Krankenkassen zusätzliche Leistungen anbieten, solange das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wird. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die angebotenen Leistungen effektiv und wirtschaftlich vertretbar sein müssen. Krankenkassen, die sinnvoll wirtschaften können deshalb bereits im Grundtarif einige Leistungen anbieten, die nicht gesetzlich vorgeschrieben sind. Obwohl die Krankenkassen grundsätzlich nur schulmedizinisch anerkannte Behandlungen zahlen, bieten einige Krankenkassen beispielsweise alternative Therapien für bestimmte Krankheiten oder Verletzungen an. Lediglich die Leistung für Heilpraktiker ist in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen, da Heilpraktiker nicht als Ärzte anerkannt werden.

Eine weitere Möglichkeit der Krankenkassen, zusätzliche Versicherungsleistungen anzubieten, sind die Wahltarife. Ähnlich wie das Angebot der privaten Krankenversicherung enthalten diese Wahltarife besondere Leistungen, die über den gesetzlichen Versicherungsschutz hinausgehen und können von den Versicherten freiwillig gebucht werden. Auf diese Weise können zum Beispiel die Höchstsätze, bis zu denen die gesetzliche Krankenversicherung etwa beim Zahnersatz leistet, erhöht werden. Auch Wahltarife, die den Anspruch auf Krankengeld im Falle der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit betreffen, werden von den Krankenkassen angeboten.

Wer vom Wettbewerb der Krankenkassen profitieren will, sollte deshalb nicht nur die Beiträge sondern vor allem auch den Leistungsumfang der verschiedenen Anbieter miteinander vergleichen. Seit der Einführung von Zusatzbeiträgen und Wahltarifen haben sich hierdurch teilweise deutliche Unterschiede zwischen den Krankenkassen ergeben.

4.4 Hausarztmodell

Grundsätzlich darf sich ein Patient in der GKV den behandelnden Arzt frei aussuchen. Er ist bei seiner Auswahl lediglich auf die Vertragsärzte beschränkt, die für die Behandlung von Kassenpatienten zugelassen sind. Reine Privatärzte scheiden also aus. Da die Behandlung bei mehreren verschiedenen Fachärzten die Kosten für die Krankenkasse erhöht, und ein ständiger Wechsel des behandelnden Arztes nicht immer zu einer effektiven Behandlung führt, haben viele Krankenkassen das sogenannte Hausarztmodell eingeführt. Hierbei handelt es sich um einen freiwilligen Wahltarif, der einige Besonderheiten gegenüber dem gesetzlich vorgeschriebenen Grundtarif aufweist.

Wer sich für das freiwillige Hausarztmodell entscheidet, verpflichtet sich dazu, im Krankheitsfall zunächst einen allgemeinen Hausarzt aufzusuchen. Der Hausarzt kann vom Versicherten frei gewählt werden. Die einzige Voraussetzung ist, dass der gewählte Arzt bei der Krankenkasse zugelassen ist und an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt. Für die Behandlung bei einem Facharzt wird der Patient dann vom Hausarzt überwiesen. Dies ermöglicht es dem Patienten, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und die beste Behandlungsmöglichkeit für den jeweiligen Einzelfall zu finden. Ein einmal gewählter Hausarzt kann erst nach einem Jahr gewechselt werden, es sei denn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist erheblich gestört. In diesem Fall ist auch ein vorzeitiger Wechsel des Hausarztes erlaubt.

Da der Hausarzt gemeinsam mit dem Patienten die sinnvollste und effektivste Therapiemöglichkeit erörtert, sinken beim Hausarztmodell die Kosten für die Krankenkasse. Deshalb werden die Versicherten, die sich für das Hausarztmodell entscheiden, hierfür in der Regel belohnt. Diese Belohnung ist meist als Bonuszahlung, Sachprämie oder Beitragsermäßigung ausgestaltet. Da viele Patienten ohnehin einen Arzt ihres Vertrauens haben, stellt das Hausarztmodell eine sinnvolle Alternative zum Grundtarif in der GKV dar. Die Patienten profitieren hierbei von der qualifizierten Beratung durch den Hausarzt sowie von den Belohnungen, die von den Krankenkassen für die Teilnahme am Hausarztmodell ausgelobt werden.

4.5 Wahltarife

Die Wahltarife der Krankenkassen sollen nicht nur für Wettbewerb der Kassen untereinander sorgen sondern auch den gesetzlich Versicherten, die nicht in die private Krankenversicherung wechseln können, einen Versicherungsschutz bieten, der mit dem Angebot der privaten Krankenversicherung vergleichbar ist. Mit den Wahltarifen können die Mitglieder der GKV das für sie beste Versicherungspaket zusammenstellen und die Leistungen in bestimmten Tarifen verbessern. Beim Krankenkassenvergleich sollte das Angebot an Wahltarifen deshalb stets berücksichtigt werden.

4.5.1 Selbstbehalttarife

Bei den Selbstbehalttarifen verpflichtet sich der Versicherte, einen Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkasse im Krankheitsfall selbst zu tragen. Die Selbstbeteiligung an Medikamenten oder Behandlungen beträgt dann etwa mehr als die üblichen 10% Zuzahlung. Für die Wahl eines Selbstbehalttarifes kann das Mitglied der GKV mit Prämien belohnt werden. Diese werden ausgezahlt, wenn über einen bestimmten Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Prämie darf höchstens 20% des Jahresbeitrags oder 600 Euro betragen. Wer einen Selbstbehalttarif abschließt spart also Geld solange keine Krankheit auftritt. Im Krankheitsfall gehen die Versicherten aber ein gewisses finanzielles Risiko ein.

4.5.2 Chronikertarife

Die Chronikertarife richten sich an Versicherte, die aufgrund einer chronischen Behandlung einen besonderen Behandlungsbedarf haben. Das betrifft vor allem Diabetiker und Herzpatienten, die für die Krankenkassen eine enorme Kostenbelastung darstellen. In den Chronikertarifen verpflichten sich die Mitglieder, an speziellen Behandlungsprogrammen teilzunehmen, die eine möglichst effektive Behandlung sicher stellen und die Behandlungskosten dadurch senken sollen. Hierfür wird den Versicherten eine Prämie gezahlt, die je nach Krankenkasse variiert. Gerade Chroniker können deshalb von einem sorgfältigen Krankenkassenvergleich profitieren.

4.5.3 Beitragsrückerstattungen

Darüber hinaus bieten die Krankenkassen in einigen Tarifen attraktive Beitragsrückerstattungen an, wenn ein Überschuss erwirtschaftet wurde. Durch diese Rückzahlungen können die für die gesetzliche Krankenversicherung tatsächlich entstehenden Kosten beträchtlich gesenkt werden. Im Internet kann ein Vergleich zwischen den Krankenkassen vorgenommen werden, die bisher Beitragsrückzahlungen ausgeschüttet haben. So lässt sich zumindest abschätzen, mit welchen Rückzahlungen zu rechnen ist und wie sich diese Zahlungen auf die tatsächlich zu leistenden Beiträge auswirken.

4.5.4 Extraleistungen

Viele Krankenkassen haben die Möglichkeit, Extraleistungen im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes anzubieten. So übernehmen etwa einige Anbieter die Kosten für homöopathische Behandlungen, obwohl diese nicht gesetzlich vorgeschrieben sind. Voraussetzung ist jedoch immer, dass diese Behandlungen von einem zugelassenen Arzt durchgeführt werden. Einige Krankenkassen bieten auch Abnehmekurs für übergewichtige Mitglieder an, um die Gesundheitskosten zu senken. Falls die Behandlung bei einem Facharzt notwendig ist, können die Termine oft direkt durch die Krankenkasse vermittelt werden, ohne dass dem Patienten lange Wartezeiten entstehen.

4.5.5 Fazit Wahltarife

Bei all diesen Zusatzleistungen in den Wahltarifen ist jedoch zu beachten, dass die Wahl eines solchen Tarifs immer eine besondere Mindestlaufzeit von drei Jahren mit sich bringt, in der ein Wechsel der Krankenkasse oder des Tarifs grundsätzlich nicht möglich ist. Wer beim Krankenkassenvergleich jedoch auch die jeweiligen Wahltarife und Prämien berücksichtigt, kann bei seiner GKV mehrere Hundert Euro im Jahr sparen.

4.6 Bindungsfrist und Kündigungsrecht bei Wahltarifen

Wer sich für einen Wahltarif bei der Krankenkasse entscheidet, sollte vor der Wahl beachten, dass mit dem Wahltarif auch eine besondere Mindestlaufzeit vereinbart wird, in der ein Wechsel zu einer anderen Krankenkasse nicht möglich ist. In der Regel beträgt diese

Bindungsfrist bei Wahlтарifen 3 Jahre. Erst nach Ablauf dieser Zeit kann innerhalb der üblichen Frist von zwei Monaten gekündigt werden.

Für einige Tarife, insbesondere die Selbstbehalttarife sowie die Übernahme zusätzlicher Leistungen wie homöopathischer Behandlungen, wurde die Bindungsfrist auf ein Jahr reduziert. Eine Ausnahme von der einjährigen beziehungsweise dreijährigen Kündigungsfrist wird nur gemacht, wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag einführt oder einen bereits bestehenden Zusatzbeitrag erhöht. In diesen Fällen hat der Versicherte ein außerordentliches Kündigungsrecht und kann die Krankenkasse mit einer zweimonatigen Kündigungsfrist wechseln.

Besonders bedeutend sind die längeren Bindungsfristen in den Wahlтарifen für freiwillig versicherte Mitglieder der GKV, die das Recht haben, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Das betrifft vor allem Selbstständige, die sich für einen Wahlтарif in der GKV entschieden haben, meist mit Anspruch auf Krankengeld. In der Regel ist ein Wechsel von der GKV in die private Krankenversicherung während der laufenden Bindungsfrist ausgeschlossen.

4.7 Praxisgebühr

Die Praxisgebühr stellte ab ihrer Einführung im Jahre 2007 den wohl bekanntesten Teil der Selbstbeteiligung von gesetzlich Versicherten dar. Für jeden ersten Arztbesuch im Quartal musste eine pauschale Gebühr von 10 Euro entrichtet werden. Allgemeinärzte und Zahnärzte wurden dabei getrennt behandelt, für den Patienten ergab sich dadurch eine Maximalbelastung von 20 Euro im Quartal beziehungsweise 80 Euro im Jahr.

Die Praxisgebühr sollte die Versicherten dazu anregen, nur dann zum Arzt zu gehen, wenn es wirklich nötig ist. Andererseits sollten die enormen Kosten des Gesundheitssystems abgefangen werden, die Praxisgebühr kam daher nicht den behandelnden Ärzten zugute sondern diente der Finanzierung der Krankenkasse. Einige Krankenkassen führten jedoch Wahlтарife ein, in denen die Praxisgebühr erlassen oder reduziert wurde, beispielsweise bei Inanspruchnahme des Hausarztmodells.

In der Realität stellte sich die Praxisgebühr jedoch als zu kompliziert dar, da sie einen erheblichen bürokratischen Aufwand nicht nur bei den Krankenkassen sondern auch bei den behandelnden Ärzten verursachte. Von der erhofften Entlastung des Gesundheitssystems blieb deshalb nicht viel übrig. Mit Wirkung zum 1.1.2013 wurde deshalb beschlossen, die Praxisgebühr wieder abzuschaffen.

4.8 Beitragsermäßigung

Viele Versicherte, die ihre Krankenkasse wechseln wollen, achten beim Krankenkassenvergleich nur darauf, ob die Krankenkasse Zusatzbeiträge erhebt oder nicht.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass selbst hohe Zusatzbeiträge in bestimmten Wahltarifen rentabel sein können, wenn diese eine Beitragsermäßigung vorsehen. Der bekannteste Fall ist dabei der Selbstbehalttarif. Ähnlich wie bei der Selbstbeteiligung in der privaten Krankenversicherung übernimmt der Versicherte hierbei einen Teil seiner Behandlungskosten selbst. Dafür wird der an die Krankenkasse zu zahlende Jahresbeitrag entsprechend ermäßigt. Die Ermäßigung ist jedoch auf 20% des Jahresbeitrags oder 600 Euro begrenzt.

Gerade junge Gutverdiener, die den höchsten Beitragssatz zahlen, können mit diesen Tarifen viel Geld sparen, da diese Gruppe auch von der höchsten absoluten Ermäßigung profitiert und im Krankheitsfall durch die Selbstbehalte nicht in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Bei der Wahl eines solchen Tarifs sollte deshalb stets die eigene Situation bedacht werden. Denn beim Selbstbehalttarif wird ein finanzielles Risiko für den Krankheitsfall eingegangen. Wer also chronisch krank ist oder aus anderen Gründen regelmäßige Leistungen der GKV in Anspruch nehmen muss, profitiert von einem solchen Tarif nicht.

4.9 Unterschiede beim Mitgliederservice

Die Grundleistungen der Krankenkassen sind zwar vorgeschrieben, wie das übrige Leistungsprogramm im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten ausgestaltet wird, kann von den Krankenkassen jedoch frei bestimmt werden. Das betrifft vor allem den Mitgliederservice. Die Unterschiede zwischen den Krankenkassen in diesem Bereich sollten vor allem für Versicherte eine Rolle spielen, die oft mit der Krankenkasse in Verbindung stehen und deshalb auf eine effektive Kundenbetreuung angewiesen sind. So sollte darauf geachtet werden, wie lange die Servicemitarbeiter der Krankenkasse erreichbar sind. Einen guten Eindruck vom Mitgliederservice der Krankenkassen erhalten die Versicherten bereits beim Besuch der entsprechenden Webseite. Hier stellen viele Krankenkassen nicht nur Informationen zu den verschiedenen Leistungen und Tarifen zur Verfügung, sondern bieten auch Formulare für Anträge zum Download an.

Einige Leistungen des Mitgliederservice sind auch von besonderen Wahltarifen abhängig. Beispielsweise können hier Termine bei Fachärzten direkt über die Krankenkasse vereinbart werden, das ist für den Patienten nicht nur bequem, er erspart sich auch unnötige Wartezeiten. Für ältere oder schwer kranke Mitglieder ist auch der Heimservice eine große Erleichterung, der von vielen Krankenkassen angeboten wird. Falls ein direktes Gespräch mit der Krankenkasse nötig ist und das Mitglied die Krankenkasse nicht selbst aufsuchen kann, stattdessen die Mitarbeiter dem Patienten einen Hausbesuch ab.

Wer auf eine problemlose und zügige Kommunikation mit seiner Krankenkasse angewiesen ist, sollte den Mitgliederservice deshalb in den Krankenkassenvergleich mit einbeziehen. Ein guter Mitgliederservice kann im Krankheitsfall viel Ärger und einige Probleme ersparen.

Deshalb sollten Sie schon vor dem Eintritt des Ernstfalls vergleichen, welche Krankenkasse den besten Mitgliederservice bietet.

4.10 Chancen für Junge & Gesunde

Für gesunde Versicherungsnehmer in jungen Jahren sieht die private Krankenversicherung meist wesentlich verlockender aus, als die GKV. Kein Wunder, immerhin locken die privaten Versicherer gerade diese Zielgruppe mit niedrigen Beiträgen und sonstigen Angeboten an. Doch auch die gesetzliche Krankenversicherung bemüht sich immer stärker um diese Zielgruppe. Ohne junge Mitglieder, die Leistungen für ältere und gesunde Versicherte finanzieren, ist die gesetzliche Krankenversicherung nicht tragbar. Deshalb hat der Gesetzgeber den Krankenkassen eine Reihe von Möglichkeiten eröffnet, junge und gesunde Mitglieder im Wettbewerb mit den Privatversicherern anzusprechen.

Fast alle Krankenkassen bieten Wahltarife an, die speziell auf junge Versicherte zugeschnitten sind. Ein Beispiel hierfür sind die Selbstbehalttarife. Der Versicherte verpflichtet sich hierbei dazu, im Krankheitsfall die Kosten für seine Behandlung bis zur vereinbarten Höchstsumme zu übernehmen und erhält dafür im Gegenzug Prämien von der Krankenkasse. Diese Prämien senken den Jahresbeitrag zur Krankenkasse bis maximal 600 Euro im Jahr. Junge Versicherte, die gesund sind und nur selten Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen, können hiermit viel Geld sparen. Allerdings steigt damit auch das Risiko im Krankheitsfall. Vor der Entscheidung für einen solchen Tarif sollten junge Versicherte deshalb die Konditionen der Selbstbehalttarife der verschiedenen Krankenkassen miteinander vergleichen und überlegen, ob die Ersparnis das Risiko rechtfertigt. In der Regel profitieren vor allem Gutverdiener von diesem Tarif, deren Beiträge in der Nähe des Höchstsatzes liegen.

4.11 Chancen für Familien

Ein Punkt, in dem die gesetzliche Krankenversicherung der PKV weit überlegen ist, ist die Familienversicherung. Im Gegensatz zur privaten Konkurrenz, in der jedes Familienmitglied separat versichert werden muss, sind Kinder in der GKV grundsätzlich mitversichert. Der Versicherungsschutz für Kinder läuft dabei grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr, falls das Kind mit Beginn der Volljährigkeit einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Wenn das Kind unbeschäftigt bleibt, läuft die Familienversicherung bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs weiter. Studenten bleiben bis zum 25. Lebensjahr in der Familienversicherung, dieser Zeitraum verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn vor dem Studium ein Zivil- oder Wehrdienst geleistet wurde. Behinderte Kinder, die arbeitsunfähig sind, bleiben ohne zeitliche Begrenzung im Versicherungsschutz der Eltern.

Bei den Familienversicherungen der verschiedenen Krankenkassen gibt es teilweise deutliche Unterschiede. Vor allem junge Familien können beim Krankenkassenvergleich von

Wahltarifen mit Prämien oder anderen Leistungen profitieren, durch die viel Geld bei den Beiträgen gespart werden kann. Grundsätzlich steht die Familienversicherung jedoch nur Kindern offen, deren Eltern beide gesetzlich versichert sind. Allerdings steht Mitgliedern der privaten Krankenversicherung ausnahmsweise eine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind.

Aufgrund der vielen Vorteile für Familien stellt die gesetzliche Krankenversicherung für diese in der Regel die günstigste Art der Krankenversicherung dar. Deshalb sollte vor einem Wechsel in die private Krankenversicherung die eigene Familienplanung berücksichtigt werden. Denn selbst wenn eine Rückkehr von der privaten Krankenversicherung in die GKV erlaubt sein sollte, gehen die bereits angesparten Vergünstigungen der privaten Krankenversicherung wie etwa Altersrückstellungen verloren.

4.12 Sondertarife für Naturheilverfahren

Alternative Behandlungsmethoden wie chinesische Akkupunktur oder Naturheilverfahren erfreuen sich immer größerer Beliebtheit. Entsprechend häufig wird die Übernahme der Kosten solcher Verfahren bei den Krankenkassen angefragt. Diese müssen bei der Bewilligung von Kostenübernahmen jedoch das Gebot der Wirtschaftlichkeit beachten. Das bedeutet, dass nur solche Leistungen unterstützt sind, die von qualifizierten medizinischen Kräften vorgenommen werden und sowohl effektiv als auch wirtschaftlich sind. In der Praxis fallen damit die Naturheilverfahren aus dem Leistungsangebot der Krankenkassen grundsätzlich heraus, denn diese werden in der Regel von Heilpraktikern durchgeführt, die nicht als Arzt bei der Krankenkasse zugelassen sind. Außerdem sind die alternativen Behandlungsmethoden meist sehr teuer und ihr medizinischer Nutzen ist nicht wissenschaftlich erwiesen.

Auf eine Kostenübernahme für Naturheilverfahren konnten daher bisher nur privat versicherte Patienten hoffen. Die private Krankenversicherung hatte deshalb einen klaren Wettbewerbsvorteil gegenüber den Krankenkassen, vor allem bei der begehrten Zielgruppe der jungen und gesunden Versicherungsnehmer. Mit der Einführung der Wahltarife haben deshalb viele Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, auch Naturheilverfahren gegen höhere Beiträge zu versichern. Welche Methoden konkret angeboten werden, lässt sich dabei nicht pauschal beantworten. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass das Angebot an Naturheilverfahren in der PKV nach wie vor wesentlich größer ist, als in der GKV. Das liegt insbesondere daran, dass die Leistungserbringer auf jeden Fall über eine kassenärztliche Zulassung verfügen müssen.

Deshalb sollten gesetzlich Versicherte, die an Naturheilverfahren interessiert sind, die jeweiligen Angebote der Krankenkassen genau miteinander vergleichen. In vielen Fällen

macht es wesentlich mehr Sinn, einen günstigen Spartarif, etwa mit Selbstbehalt, zu wählen und die Kosten für die gewünschten Naturheilverfahren dann von der Beitragsdifferenz selbst zu bezahlen. Viele Krankenkassen bieten mittlerweile auch vergünstigte private Zusatzpolizen an, mit denen alternative Heilmethoden ergänzend zum Versicherungsschutz der GKV abgesichert werden können.

4.13 Krankenkasse wechseln

Seit der Einführung von Zusatzbeiträgen und Wahltarifen haben sich teilweise deutliche Preis- und Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen ergeben. Im Internet ermöglichen viele Versicherungsportale einen einfachen und effektiven Krankenkassenvergleich, mit dem sich wechselwillige Versicherte das beste Angebot aussuchen können. Beim Wechsel in eine andere Krankenkasse kann unter Umständen viel Geld gespart werden, es lässt sich auch eine deutliche Erweiterung des Versicherungsschutzes erreichen.

Grundsätzlich dürfen gesetzlich Versicherte frei zwischen allen Krankenkassen an ihrem Wohn- oder Arbeitsort wählen. Einzige Voraussetzung ist, dass sich die Wunschkasse für die Allgemeinheit geöffnet hat. Bei den großen überörtlichen Krankenkassen wie den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) ist das stets der Fall. Ausnahmen bestehen nur noch bei einigen Betriebskrankenkassen. Diese wurden ursprünglich betriebsintern für die Belegschaft gegründet, um die Krankenversicherungsbeiträge als Kapital im Konzern zu halten. Heute sind jedoch auch die meisten Betriebskrankenkassen für die Allgemeinheit geöffnet.

Ein Austritt aus der eigenen Krankenkasse, um in eine andere Krankenkasse zu wechseln, ist erst nach 18 Monaten Mitgliedschaft in der alten Krankenkasse möglich. Auch nach dem Wechsel in die neue Krankenkasse beginnt eine neue Frist von 18 Monaten zu laufen. Noch länger fällt die Bindungsfrist aus, wenn die Mitgliedschaft in einem Wahltarif beendet werden soll. In diesen Tarifen ist der Wechsel in eine andere Krankenkasse grundsätzlich erst nach drei Jahren möglich. Die Bindungsfristen entfallen jedoch, wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt. Dann ist die Kündigung innerhalb von zwei Monaten möglich. Auch wenn ein bereits bestehender Zusatzbeitrag erhöht wird, besteht dieses Sonderkündigungsrecht.

Beim Wechsel muss der aktuellen Krankenkasse eine Mitgliedschaftsbescheinigung der neuen Krankenkasse vorgelegt werden. Ansonsten bleibt der alte Versicherungsschutz bestehen, bis der Wechsel gegenüber der alten Krankenkasse nachgewiesen wird. Hierdurch sollen Lücken im Versicherungsschutz der wechselnden Mitglieder verhindert werden. Da die Versicherten in der GKV nun die Möglichkeit haben, die Angebote der verschiedenen Krankenkassen zu vergleichen und Mitglied bei der Krankenkasse mit der besten Leistung zu

werden, ist ein echter Konkurrenzkampf innerhalb der GKV entstanden, von dem in erster Linie die Verbraucher profitieren.

5 Wechsel in die PKV

Trotz aller Bemühungen des Gesetzgebers, die Krankenkassen zu einem fairen Wettbewerb und damit zu Verbesserungen für die Mitglieder zu zwingen, bietet die private Krankenversicherung vor allem für junge und gesunde Gutverdiene viele Vorteile. Die Tarife können völlig frei gewählt werden, das Leistungsangebot ist gesetzlich nur im Mindestumfang vorgeschrieben, darüber hinaus können die Anbieter alle Leistungen zur Verfügung stellen, die sie wirtschaftlich verantworten können. Für viele Menschen lässt sich deshalb mit einer privaten Krankenversicherung durchaus Geld sparen.

Ein Wechsel von der GKV in die private Krankenversicherung setzt für Arbeitnehmer jedoch voraus, dass das Bruttojahreseinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Erst bei der Überschreitung dieser Grenze endet die Versicherungspflicht. Der Versicherte kann den gesetzlichen Versicherungsschutz dann durch eine private Vollversicherung ersetzen. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung für Privatversicherte nur noch unter sehr engen Voraussetzungen möglich ist, etwa wenn eine Familienversicherung möglich ist. Dann gehen die bis dahin angesparten Altersrückstellungen oder Ansprüche auf Beitragsrückzahlungen jedoch verloren.

Eine gute Alternative zum Wechsel in die PKV stellen die privaten Zusatzversicherungen dar. Mit diesen Zusatzversicherungen können auch Mitglieder der GKV bestimmte Leistungen der PKV erwerben, selbst wenn eine Versicherungspflicht besteht. Einige Krankenkassen bieten sogar Wahltarife an, die zusätzlich private Zusatzversicherungen enthalten, die von der Krankenkasse nicht angeboten werden dürfen, etwa weil sie dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen.

6 Fazit: GKV besser als ihr Ruf

Ständig ist in den Medien die Rede vom überlasteten Gesundheitssystem, von leeren Krankenkassen, unzureichenden Leistungen und Ärger im Verhältnis mit den Patienten. Teilweise machen sich diese Nachteile auch in der Realität bei den Patienten bemerkbar. Fakt ist aber auch, dass der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander den Versicherten neue Möglichkeiten eröffnet, bei den Beiträgen zu sparen oder ihren Versicherungsschutz zu erweitern.

Mit den Wahltarifen nähern sich die Krankenkassen den privaten Krankenversicherungen immer weiter an und werden selbst für Versicherte, bei denen keine Versicherungspflicht mehr besteht, zu einer echten Alternative. Insbesondere ist es dabei ein Vorteil, dass die persönliche Krankengeschichte oder eventuelle Risiken bei der Beitragsberechnung keine Rolle spielen. Die zu zahlenden Beiträge richten sich ausschließlich nach dem Gehalt. Allerdings bleiben die Beiträge dann auch im Alter stabil, die Versicherten werden also insbesondere in der Rente nicht durch zu hohe Beiträge belastet. Im Vergleich hierzu steigen die Beiträge in der privaten Krankenversicherung mit zunehmendem Alter stark an. Diese Entwicklung wird zwar mit Altersrückstellungen abgefangen, allerdings sollten Sie vor einem eventuellen Wechsel in die PKV genau vergleichen, ob Sie auch langfristig bei den Beiträgen sparen.

Auch ein Wechsel der Krankenkasse innerhalb der GKV kann im Einzelfall große Ersparnisse von mehreren Hundert Euro im Jahr bewirken. Dank des Internets fällt der Krankenkassenvergleich heute leichter als jemals zuvor. Sowohl die Beiträge inklusive Zusatzbeiträgen wie auch das gesamte Leistungsprogramm im Basistarif und in den jeweiligen Wahltarifen werden übersichtlich gegenüber gestellt, was einen effektiven Vergleich ermöglicht. Selbst Mitglieder der GKV, denen der Weg in die private Krankenversicherung nicht offen steht, können mit klug gewählten Wahltarifen oder privaten Zusatzversicherungen die für sie beste Krankenversicherung abschließen.

Bildquelle: piksel / bigstockphoto.com