

Merkblatt – Gesetzliche Krankenkasse

Sind Sie mit Ihrer gesetzlichen Krankenkasse unzufrieden, können Sie zwischen einer großen Anzahl von Krankenkassen wählen. Das gilt für die Versicherten der AOK, der Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen sowie der Knappschaft. Auch Personen, die sich erstmals in der gesetzlichen Krankenkasse versichern, haben diese Auswahlmöglichkeiten.

Der Beitragssatz ist seit Januar 2009 bei allen Krankenkassen gleich. Er beträgt seit dem 1. Januar 2011 einheitlich 15,5 Prozent. Bemessungsgrundlage für Ihren Beitrag ist Ihr beitragspflichtiges Bruttoeinkommen. Das wird bei der Berechnung des Beitrages bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, die 3.825 Euro in 2012 (45.900 Euro im Jahr) beträgt.

Die Kassen erhalten seither ihr Geld aus dem Gesundheitsfonds. Kommen sie damit nicht aus, so können sie einen Zusatzbeitrag verlangen. Seit 2011 kann jede Krankenkasse einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag in beliebiger Höhe verlangen. Diesen zusätzlichen Betrag haben Sie komplett aus eigener Tasche zu zahlen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen die Grenze von zwei Prozent Ihres beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigt. Liegt der zusätzliche Beitrag darüber, wird ein Sozialausgleich vorgenommen. Beispiele (Quelle – Bundesministerium für Gesundheit):

(1) Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 16 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro
Davon zwei Prozent: 16 Euro
Ergebnis: Ein Sozialausgleich findet nicht statt.

(2) Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro
Davon zwei Prozent: 16 Euro
Ergebnis: Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn/der Rente ausgezahlt.

Bei der Berechnung des Sozialausgleiches spielt die tatsächliche Höhe des Zusatzbeitrages Ihrer Kasse keine Rolle. Maßgeblich dafür ist allein der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen. Deshalb kann es dazu kommen, dass Sie tatsächlich mehr als zwei Prozent Ihres Einkommens als Zusatzbeitrag bezahlen müssen. Das Beispiel des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt das:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro
Tatsächlicher Zusatzbeitrag der Krankenkasse XY: 22 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen: 800 Euro
Davon zwei Prozent: 16 Euro
Ergebnis: Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn/der Rente ausgezahlt. Das Mitglied zahlt unterm Strich 18 Euro.

Für 2011 wird der Sozialausgleich noch nicht von Ihrem Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchgeführt, sondern bis zum 30. Juni 2012 von Ihrer Krankenkasse.

Verlangt Ihre Kasse einen Zusatzbeitrag, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht.

Dieses Merkblatt wurde Ihnen überreicht vom Bund der Versicherten e. V.
Wir sind nie weiter weg als Ihr Telefon.

Die Kassen haben ein gesetzlich festgelegtes Leistungspaket. Daher sind die Leistungen zu etwa 95 Prozent gleich. Sie unterscheiden sich aber weiterhin beispielsweise im Service (Nähe einer Geschäftsstelle oder der telefonischen Erreichbarkeit), zusätzlichen Beratungsleistungen (wie persönlicher Beratung zu Hause) und der Gesundheitsförderung durch Kursangebote. Auch beim Angebot von Mehrleistungen, wie Hospizzuschuss, verbesserte häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfenregelung oder Schutzimpfungen gibt es Unterschiede. Wenn Sie besondere Anforderungen an Ihre Kasse haben, vergleichen Sie die Angebote der Krankenkassen.

Seit einiger Zeit besteht nach Neuregelung des Kassenwahlrechtes eine Mindest-Bindungsfrist von 18 Monaten. Dafür wird pflicht- und freiwillig versicherten Kassenmitgliedern die Möglichkeit eröffnet, mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten zum jeweiligen Monatsende die Mitgliedschaft in einer Kasse zu kündigen. Die Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenkasse haben einen Sonderstatus und können ihre Kasse nicht frei wählen.

Versicherungspflichtige, die ihren Arbeitgeber wechseln, können grundsätzlich ihre Krankenkasse erst wechseln, wenn sie bei der bisherigen Krankenkasse die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten erfüllt haben. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende. Auch freiwillig versicherte Selbständige, Beamte oder Arbeitnehmer mit einem Jahresbruttogehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2012: 50.850 Euro) sind an die Wahl ihrer Krankenkasse für 18 Monate gebunden. Wichtig: Die Beiträge werden weiterhin höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze berechnet.

Ihre bisherige Kasse ist verpflichtet, die Kündigung innerhalb von zwei Wochen schriftlich zu bestätigen. Die Kündigungsbestätigung muss der neu gewählten Krankenkasse vorgelegt werden, damit diese eine neue Mitgliedsbescheinigung ausstellen kann.

Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, erhöht ihn oder reduziert (streicht) ihre Rückzahlung von Beiträgen, hat jedes Mitglied ein Sonderkündigungsrecht. Das bedeutet, die 18-monatige Bindung an die Kasse entfällt und Sie können Ihre Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats kündigen. Diese Kündigungsmöglichkeit besteht nur bis zur erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrages, seiner Erhöhung oder der Verringerung (Streichung) der Rückzahlung von Beiträgen. Ihre Krankenkasse muss Sie spätestens einen Monat vorher auf dieses Sonderkündigungsrecht hinweisen. Kommt sie dieser Pflicht nicht nach, verschiebt sich Ihr Kündigungsrecht um den entsprechenden Zeitraum.

Wichtig: Keine gesetzliche Krankenkasse darf den Aufnahmeantrag eines Wechslers aus einer anderen gesetzlichen Kasse ablehnen. Eine Gesundheitsprüfung, wie in der privaten Krankenversicherung, gibt es nicht. Risikozuschläge wegen Vorerkrankungen oder Wartezeiten sind ebenfalls nicht erlaubt.

Freiwillig in der Krankenkasse versicherte Selbstständige und Freiberufler

Sind Sie selbstständig oder freiberuflich tätig und freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert, zahlen Sie seit Januar 2011 den ermäßigten Beitragssatz von 14,9 Prozent. Ein Krankengeld ist jedoch nicht eingeschlossen. Das ist allerdings sehr wichtig, damit Sie bei längerer Krankheit Ihren Verdienstaufschlag abgesichert haben. Sie haben seit dem 1. Januar 2009 die

Dieses Merkblatt wurde Ihnen überreicht vom Bund der Versicherten e. V.
Wir sind nie weiter weg als Ihr Telefon.

Möglichkeit, ein Krankengeld als Wahltarif bei Ihrer Krankenkasse zu vereinbaren. An diese Wahl wären Sie drei Jahre gebunden. Alternativ können Sie ein Krankentagegeld bei einem privaten Krankenversicherer abschließen oder auch ergänzend zu einem Krankengeldtarif Ihrer Krankenkasse. Zusätzlich räumt Ihnen der Gesetzgeber seit August 2009 die Möglichkeit ein, sich zum allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent (2012) zu versichern. Dann haben Sie einen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche Ihrer Arbeitsunfähigkeit - wie ein Arbeitnehmer. Wünschen Sie nähere Informationen über die Vor- und Nachteile Ihrer Möglichkeiten, finden Sie diese in unserem Merkblatt zu privaten Krankenzusatzversicherungen.

Wahltarife in der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Angebotspalette von Wahltarifen für Sie seit dem 1. April 2007 erweitert. Manche Wahltarife müssen die Kassen anbieten, viele andere können sie anbieten („Kann-Regelung“). Ansonsten haben die Kassen neben den gesetzlichen Pflichtleistungen nur in sehr begrenztem Umfang Spielraum für zusätzliche Leistungen in ihrer Satzung.

Wahltarife ohne Mindestbindungsfrist

Die Kassen regeln in ihrer Satzung, dass Sie als gesetzlich Versicherter besondere Versorgungsformen wählen können. Zu diesen gehören unter anderem die hausarztorientierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme und die integrierte Versorgung. Für die Teilnahme an solchen Versorgungsangeboten kann die Kasse die Zahlung einer Prämie oder Zuzahlungsermäßigungen anbieten.

Beim Hausarztmodell ist der Hausarzt erster Ansprechpartner. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Hausarzt überweist Sie – falls erforderlich – an einen Facharzt. Das soll nutzlose und doppelte Untersuchungen vermeiden.

Zur Optimierung der Behandlung chronisch Kranker sind Wahltarife für strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP) anzubieten. Das können etwa Programme für Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzerkrankungen sein. Die Teilnahme ist freiwillig und mit finanziellen Vorteilen verbunden, wie zum Beispiel dem Verzicht auf die Praxisgebühr.

Auch gibt es die Möglichkeit der Wahl der integrierten Versorgung. Kassen bieten bei bestimmten Indikationen eine vernetzte Versorgung an. Bei dieser können Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kooperieren. Häufig wird diese Versorgungsform zum Beispiel bei Krebserkrankungen, Hüft- und Knieoperationen angeboten. Integrierte Versorgungsformen sollen die Behandlungsschritte verschiedener medizinischer Fachleute besser koordinieren. Ziel dabei ist, Kosten zu sparen, aber auch die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Wahltarife mit einjähriger Kassenbindung

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern seit Januar 2011 auch Wahltarife mit einer einjährigen (statt der bisherigen dreijährigen) Bindungsfrist anbieten. Das sind beispielsweise Tarife, die eine Beitragsrückerstattung oder eine Kostenerstattung enthalten. Jede Kasse kann diese Tarife unterschiedlich gestalten.

Dieses Merkblatt wurde Ihnen überreicht vom Bund der Versicherten e. V.
Wir sind nie weiter weg als Ihr Telefon.

Beitragsrückerstattungstarife: Hier gilt das „Alles oder Nichts-Prinzip“: Sind Sie ein ganzes Jahr nicht auf Kosten der Kasse zum Arzt gegangen, bekommen Sie im Folgejahr bis zu einem Monatsbeitrag zurück. Die Satzung kann auch vorschreiben, dass sich zudem auch kein familienversichertes Mitglied auf Kosten der Kassen behandeln lassen darf.

Kostenerstattungstarife: Sie erhalten wie ein Privatpatient vom Arzt eine Rechnung, die Sie bezahlen müssen. Nicht alle Behandlungen und Kosten werden jedoch von der Kasse übernommen. Einen Teil der Kosten müssen Sie also selbst tragen. Die Höhe der Kostenerstattung kann je nach Kasse variieren. Das gilt auch für die vom Versicherten zu zahlende Prämie für diese Angebote.

Erst wenige Krankenkassen bieten Wahltarife für die Kostenerstattung an. Der Arzt kann beispielsweise den 2,3-fachen oder sogar den 3,5-fachen Satz der privaten Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung stellen. Das liegt weit über dem, was die Krankenkasse regulär übernimmt. Erstattet werden grundsätzlich die Behandlungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse enthalten sind. Die Kassen können einen solchen Tarif anbieten, müssen es aber nicht. Zusätzlich zum normalen GKV-Beitrag hat jede teilnehmende Person einen Extrabeitrag für den Wahltarif zu zahlen. Selbstbehalte sind üblich.

Beispiel: Nach Abzug des Kassenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Zuschuss von 80 Prozent des Rechnungsbetrages gewährt. Der 20-prozentige Eigenanteil bleibt auf maximal 500 Euro beschränkt. Darüber hinaus wird ein Verwaltungskostenabschlag verlangt. Die Angebote der Kassen fallen unterschiedlich aus. Der Wahltarif „Kostenerstattung“ dürfte sich nur selten lohnen. Denn der Arzt bekommt lediglich mehr Geld für die Leistung, die Sie sonst auch bekommen, wenn Sie Ihre Chipkarte vorlegen.

„Normales Kostenerstattungsverfahren statt Chipkarte“: Unabhängig davon, ob Ihre Kasse einen Wahltarif „Kostenerstattung“ anbietet, haben Sie als gesetzlich Versicherter diese Möglichkeit: Statt der Sachleistung auf Chipkarte können Sie alternativ das „normale“ Kostenerstattungsverfahren bei Ihrer Kasse beantragen. Sie bezahlen zunächst die Arztrechnung aus eigener Tasche und legen Sie danach zur Erstattung bei Ihrer Kasse vor. Das ist aber mit hohen Kosten für Sie verbunden. Denn ein Arzt darf seine Behandlung nach der privaten Gebührenordnung für Ärzte abrechnen. Erstattet werden von der GKV jedoch nur die niedrigen Kassensätze. Außerdem kann der Arzt Positionen abrechnen, die nicht zu den Kassenleistungen gehören. An die Entscheidung für eine Kostenerstattung sind Sie seit Januar 2011 für mindestens ein Vierteljahr gebunden. Eine Beschränkung der Wahl auf ärztliche oder zahnärztliche Versorgung oder den stationären Bereich ist möglich. Bei der Kostenerstattung bleiben Sie auf erheblichen eigenen Aufwendungen sitzen. Der Abschluss beispielsweise einer privaten ambulanten Zusatzversicherung hilft Ihnen auch nur teilweise weiter: Denn erstens ist der Beitrag für diese hoch und zweitens bleiben Sie trotzdem meistens noch auf einigen Restkosten sitzen. Deshalb sollten Sie die Finger von der Kostenerstattung lassen.

Weitere Wahltarifangebote nach dem Kostenerstattungsprinzip („Kann-Option“): Die Kassen können weitere Wahltarife nach dem Kostenerstattungsprinzip anbieten, die in etwa mit dem Leistungsumfang von Zusatztarifen der privaten Krankenversicherungsunternehmen vergleichbar sind. Das Bundesversicherungsamt und auch einige Landesaufsichtsämter haben solche Tarife von gesetzlichen Krankenkassen als zulässig eingestuft und genehmigt. Das Wahltarifangebot einiger Kassen umfasst zum Beispiel: Zahnzusatz- und Auslandsreisekrankenversicherungen oder

Dieses Merkblatt wurde Ihnen überreicht vom Bund der Versicherten e. V.
Wir sind nie weiter weg als Ihr Telefon.

Krankhauszusatzversicherungen mit Unterbringung im Zweibettzimmer und Erstattung privatärztlicher Behandlungskosten.

Für solche Wahltarife zusätzlich zu Ihrem Grundschutz in der GKV zahlen Sie einen Extra-Beitrag. Bietet Ihre Kasse diese Tarife an, können sie vielleicht geeignet sein, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen und/oder Altersgründen keine private Krankenzusatzversicherung bekommen. Berücksichtigen sollten Sie aber, dass der Zusatzversicherungsschutz dieser Wahltarife nicht lebenslange Geltung haben muss. Die Kassen können Wahltarife auch wieder streichen, wenn sie sich finanziell nicht rechnen. Das ist 2010 auch in einem Fall tatsächlich geschehen.

Wenn Sie zusätzlichen Krankenversicherungsschutz benötigen, sollten Sie die Angebote Ihrer Krankenkasse mit denen der privaten Krankenversicherer genau vergleichen. Worauf Sie bei privaten Krankenzusatzversicherungen achten sollten, finden Sie in unserem entsprechenden Merkblatt. Auch ein Vergleich mit Angeboten anderer Krankenkassen kann sinnvoll sein.

Wahltarife mit dreijähriger Kassenbindung

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern außerdem Wahltarife mit einer dreijährigen Bindungsfrist anbieten. Dazu gehören Tarife mit Selbstbehalt und Krankengeldtarife zum Beispiel für hauptberuflich Selbstständige, die jede Kasse unterschiedlich gestalten kann.

Selbstbehalttarife: Die lohnen sich für Sie nur, wenn Sie in einem Jahr weniger Behandlungskosten verursachen, als Sie an Prämie von der Kasse zurückbekommen. Das wissen Sie allerdings nicht im Voraus. Sowohl Prämie als auch Selbstbehalt sind nach Einkommen gestaffelt.

Krankengeldtarife: Die Höhe des für den Wahltarif Krankengeld zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem vereinbarten Beginn für die Zahlung des Krankengeldes und dem Angebot der jeweiligen Kasse. Er wird unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Kassenmitglieds festgelegt.

Wahltarife und Kündigung der Kassenmitgliedschaft: Haben Sie sich für einen Wahltarif entschieden, dann gilt: Sie können die Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist Ihres Wahltarifes, jedoch nicht vor Ablauf der generellen Mindestbindungsfrist von 18 Monaten kündigen. Die 18-monatige Mindestbindungsfrist muss aber nicht eingehalten werden, wenn Ihre Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht oder die Prämienzahlung verringert. Diese Möglichkeit der Sonderkündigung steht allerdings Versicherten im Wahltarif Krankengeld nicht zu.

Über uns

Der gemeinnützige BdV steht seit mehr als 25 Jahren für unabhängigen Verbraucherschutz. Als Deutschlands größte Verbraucherschutzorganisation für Versicherte informieren wir jedermann über allgemeine Fragen.

Sie sind BdV-Mitglied? Dann haben wir zudem Antworten auf Ihre ganz individuellen Fragen zum privaten Versicherungsrecht. Sie können sich in diesem Fall auch über Rahmenverträge versichern.

Der BdV ist nie weiter weg als Ihr Telefon, der nächste Briefkasten, Ihr Faxgerät oder Ihr Computer.

Für Fragen rund um private Versicherungen und die BdV-Mitgliedschaft:

Bund der Versicherten e. V.
Postfach 11 53
24547 Henstedt-Ulzburg

Telefon: 04193-94222 (für Nichtmitglieder)
Telefon: 04193-9904-0 (für Mitglieder)
Fax: 04193-94221
E-Mail: info@bunddersicherten.de
Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Hamburg
Amtsgericht Hamburg, VR 9733
Vorstand: Axel Kleinlein (Vorsitzender), Thorsten Rudnik

Dieses Merkblatt wurde Ihnen überreicht vom Bund der Versicherten e. V.
Wir sind nie weiter weg als Ihr Telefon.