

Merkblatt - Wechsel GKV

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 dem 1. Januar 2009 bei allen Krankenkassen gleich. Er beträgt seit Juli 2009 14,9 Prozent des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens.

Die Kassen erhalten seither ihr Geld aus dem Gesundheitsfonds. Kommen sie damit nicht aus, so können sie einen Zusatzbeitrag verlangen. Dieser darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen und ist allein von Ihnen zu zahlen. Ohne Einkommensprüfung kann die Krankenkasse einen Betrag bis zu 8 Euro im Monat verlangen. Erhebt sie einen Zusatzbeitrag, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht. Auch Erstattungen von Beiträgen an Sie sind möglich, wenn die Kasse Überschüsse erwirtschaftet.

Die Kassen haben alle 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 (2010: 49.950 Euro) sind an die Wahl ihrer Krankenkasse für 18 Monate gebunden. Wichtig: Die Beiträge werden weiterhin höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze (2010: 45.000 Euro jährlich, 3.750 Euro monatlich) 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 Juli 2009 den ermäßigten Beitragssatz von 14,3 Prozent. Ein Krankengeld ist jedoch nicht eingeschlossen. Das ist allerdings sehr wichtig, damit Sie bei längerer Krankheit Ihren Verdienstausschlag abgesichert haben. Sie haben seit dem 1. Januar 2009 die 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 ab

August 2009 die Möglichkeit ein, sich zum allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent 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

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Angebotspalette von Wahlтарifen seit dem 1. April 2007 erweitert. Seitdem können alle gesetzlich Versicherten Wahlтарife abschließen. Ansonsten haben die Kassen neben den gesetzlichen Pflichtleistungen nur in sehr begrenztem Umfang Spielraum für zusätzliche Leistungen in ihrer Satzung.

Wahlтарife ohne dreijährige Bindung: Zur Verbesserung der Behandlung chronisch Kranker müssen die Kassen Wahlтарife für strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP) anbieten. Das können beispielsweise Programme für Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzerkrankung sein. Die Teilnahme ist freiwillig und mit finanziellen Vorteilen verbunden, wie z. B. 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 beispielsweise Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kooperieren. Vielfach wird diese Versorgungsform z.B. bei Krebserkrankungen, Hüft- und Knieoperationen angeboten. Integrierte Versorgungsformen sollen die Behandlungsschritte verschiedener medizinischer Fachleute besser koordinieren, um Kosten zu sparen, aber auch die Qualität der Behandlung zu verbessern.

Beim Hausarztmodell dient der Hausarzt als erster Ansprechpartner. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Hausarzt überweist Sie - falls erforderlich - an einen Facharzt. Das soll nutzlose und doppelte Untersuchungen ersparen. Einen solchen Tarif haben die Krankenkassen anzubieten. Bei Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung besteht an diese und den gewählten Hausarzt eine Bindung von mindestens einem Jahr.

Wahlтарife mit dreijähriger Kassenbindung - lohnenswert?

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern weitere Wahltarife mit einer dreijährigen Bindungsfrist anbieten, wie z. B. Beitragsrückerstattungs- und Selbstbehalttarife, die jede Kasse unterschiedlich ausgestalten kann.

Für Beitragsrückerstattungstarife 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 Regelung kann auch vorsehen, dass sich kein familienversichertes Mitglied auf Kosten der Kassen behandeln lassen darf.

Selbstbehalttarife: Das lohnt 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.

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 selber bezahlen. 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 Gebührenordnung für Ärzte in Rechnung stellen. Das liegt weit über dem, was die Krankenkasse normalerweise übernimmt. Erstattet werden grundsätzlich die Behandlungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse enthalten sind. Eine Kostenerstattung zum Beispiel von Heilpraktikerleistungen oder individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sind normalerweise ausgeschlossen. Die Kassen können einen solchen Tarif anbieten, müssen es aber nicht. Zusätzlich zum Beitrag ist dafür eine Extraprämie für jede teilnehmende Person 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 erhoben. 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.

Weitere Wahltarifangebote: Das können beispielsweise Wahltarife sein, welche die Kosten der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für ärztlich verordnete Naturarzneimittel beinhalten. Einige dieser Wahltarife haben vom Bundesversicherungsamt

(BVA) noch keine Genehmigung erhalten, wenigen wurde sie bisher sogar verweigert. Solche Wahltarife sind eine Art von Zusatzversicherungen, die bislang nur von privaten Krankenversicherern angeboten werden durften.

Bietet Ihre Krankenkasse Zusatzleistungen als Wahltarif an, könnte das eine Möglichkeit sein, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen und/oder Altersgründen keine private Krankenzusatzversicherung abschließen können. Berücksichtigen sollten Sie allerdings, dass Sie für drei Jahre an Kasse und Tarif gebunden sind. Der Zusatzversicherungsschutz muss außerdem nicht lebenslang gelten. Die Kasse kann Wahltarife auch wieder streichen.

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. Allerdings gibt es bisher keine marktübergreifende Auswertung. Zudem könnten diese nur genutzt werden, wenn ein Kassenwechsel erfolgen würde. Bevor Sie Vergleiche anstellen, sollten Sie zuerst überlegen, ob und welchen zusätzlichen Krankenversicherungsschutz Sie tatsächlich benötigen.

Gegen die Zulässigkeit von Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen haben einige private Krankenversicherer Verfassungsbeschwerde eingelegt. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Angebote im Juni 2009 allerdings für verfassungsgemäß angesehen.

Eine kostenfreie Beratung zu den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenkassen können Sie beispielsweise von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) unter 0800-0117722 erhalten.

Ausblick:

Um das erwartende Defizit von 11 Milliarden Euro auszugleichen, wurde die nächste Gesundheitsreform auf den Weg gebracht. Der Beitragssatz wird ab Januar 2011 von derzeit 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent angehoben werden. Weiter soll die bestehende Obergrenze für Zusatzbeiträge der Versicherten entfallen, jedoch wird es einen

Sozialausgleich geben.

1. 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 Gruppenversicherungsverträge 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 1153
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: Lilo Blunck (Vorsitzende), Thorsten Rudnik, Heike Fricke