

Infoblatt – Gesetzliche Krankenkasse

Der Bund der Versicherten e. V. (BdV) wurde 1982 gegründet und ist mit ca. 50.000 Mitgliedern die einzige Organisation in Deutschland, die vollkommen unabhängig für die Rechte der Versicherten eintritt. Er ist somit eine der wichtigsten verbraucherpolitischen Organisationen Deutschlands und ein politisches Gegengewicht zur Versicherungslobby.

Er informiert Verbraucher*innen zu privaten Versicherungen. Seinen Mitgliedern hilft er bei Fragen zu ihren privaten Versicherungsverträgen.

Dieses Infoblatt soll Ihnen darüber hinaus die wichtigsten Informationen zum Thema Gesetzliche Krankenkasse geben.

Sämtliche Infoblätter werden regelmäßig aktualisiert und können jederzeit unter <https://www.bundderversicherten.de> als PDF-Datei heruntergeladen werden. Die Informationen im Infoblatt ersetzen keinesfalls eine individuelle Beratung.

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 bei allen Krankenkassen gleich. Er beträgt einheitlich 14,6 Prozent zzgl. eines möglichen kassenabhängigen Zusatzbeitrages, der sich durchschnittlich auf 0,9 Prozent (2019) beläuft. Bemessungsgrundlage für Ihren Beitrag ist Ihr beitragspflichtiges Bruttoeinkommen. Das wird bei der Berechnung des Beitrages bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, die 54.450 Euro im Jahr 2019 (4.537,50 Euro im Monat) beträgt.

Erhöht Ihre Kasse den Zusatzbeitrag, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht.

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 Mindestbindungsfrist 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 (2019: 60.750 Euro) sind an die Wahl ihrer Krankenkasse für 18 Monate gebunden. **Wichtig:** Die Beiträge werden weiterhin höchstens anhand 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 Selbständige und Freiberufler

Sind Sie selbständig oder freiberuflich tätig und freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert, zahlen Sie den ermäßigten Beitragssatz von 14 Prozent zzgl. eines möglichen kassenabhängigen Zusatzbeitrages. 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 seit August 2009 die Möglichkeit ein, sich zum einem Beitragssatz von 14,6 Prozent zzgl. eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages 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 Infoblatt – "Private 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, sogenannte 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.

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.

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 2,3fachen oder sogar den 3,5fachen 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 Krankenhauszusatzversicherungen mit Unterbringung im Zweibettzimmer und Erstattung privatärztlicher Behandlungskosten.

Für solche Wahltarife zusätzlich zu Ihrem Grundschatz 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.

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 Infoblatt. 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 Selbständige, 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 Kassenmitgliedes 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.

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

Bund der Versicherten e. V.
Tiedenkamp 2
24558 Henstedt-Ulzburg

Telefon: +49 4193-94222 (für Nichtmitglieder)

Telefon: +49 4193-9904-0 (für Mitglieder)

Fax: + 49 4193-94221

E-Mail: info@bunddersicherten.de

Internet: www.bunddersicherten.de

Vereinssitz: Henstedt-Ulzburg

Amtsgericht Kiel, VR 6343 KI

Vorstand: Axel Kleinlein (Sprecher), Mario Leuner