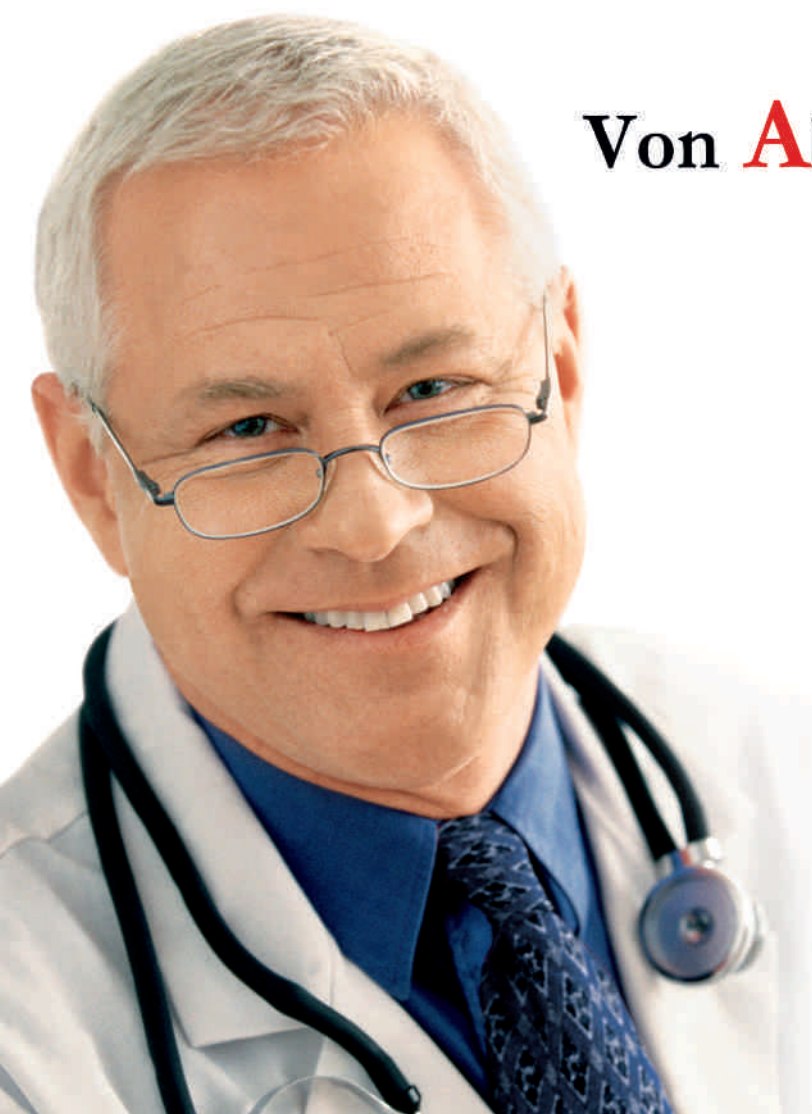




Der große Krankenkassen-Guide

Von **A**lternativer Medizin
bis **Z**usatzpolicen



- + Die besten Kassen
- + Die richtige Auswahl
- + Die Reform 2009

Aktiv
und
Gesund



Kalorienverbrauch
(kcal), 15 Minuten,
männlich, 85 kg

Rasenmähen 141 kcal



Joggen 165 kcal



Rad fahren 128 kcal



Einkaufen 78 kcal

Gesund in jeder Lebensphase!

Best Ager
Berufstätige
Familien
Berufsanfänger
Studierende
Kinder

Mobile Fitness!



Weil jeder Mensch anders ist, setzt Deutschlands größte Krankenkasse auf individuelle Angebote.

Neu: Mobile Fitness, der intelligente Fitness-coach. Mit Brustgurt und Handy trainieren Sie Seite an Seite mit Ihrem virtuellen Fitnesstrainer, z.B. beim Laufen, Nordic Walking, Wandern,

Radfahren, aber auch bei der Gartenarbeit oder beim Einkaufen.

Mobile Fitness funktioniert bei allen ausdauerorientierten Bewegungen und gibt während des Trainings Auskunft über Ihre Herzfrequenz, Trainingszeit, Kalorienverbrauch u.v.a. So haben Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit jederzeit im Blick. Demnächst im Barmer Gesundheitsclub erhältlich unter <http://gesundaktivclub.barmer.de>

Weitere Infos im neuen **BARMER** Gesundheitsmagazin.

BARMER

Deutschlands größte Krankenkasse



**Frank
Pöpsel,
Chefredakteur**

Orientierung im Umbruch

Wohl kein Reformgesetz in den vergangenen 20 Jahren krepelte das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so grundlegend um, wie das im April 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Egal ob Ärzte, Kliniken, Kassen, Pharma-Firmen oder Patienten – für alle Beteiligten haben sich die Bedingungen verändert.

Die einschneidendste Neuerung ist die Etablierung des sogenannten Gesundheitsfonds ab Januar 2009. Nach wie vor rangeln Politik, Ärzte- und Kassenverbände um Details des komplizierten Konstrukts: Noch immer ist nicht abschließend geklärt, wie der Finanzausgleich zwischen Versicherern mit überproportional vielen alten und kranken Mitgliedern und denen mit überwiegend jungen und gesunden Kunden organisiert werden soll.

Ein zentraler Aspekt steht jedoch schon fest: Für alle GKV-Mitglieder gilt 2009 ein einheitlicher Beitragsatz. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt erhofft sich vom Systemumbau, dass die Leistungen der Kassen stärker in den Fordergrund treten und der Wettbewerb künftig über sie ausgetragen wird und nicht mehr über die Höhe der Versicherungsbeiträge.

Doch wo und wie unterscheiden sich eigentlich die Kassen? Mit dem vorliegenden **Gemeinschafts-Journal wollen FOCUS-MONEY, der Online-Vergleichsdienst www.gesetzliche-kranken-kassen.de, DAK, Barmer und BKK Mobil Oil** Orientierung im gesetzlichen wie im freiwilligen Leistungsspektrum der Krankenkassen geben – vom Service über die Wahltarife bis zum Angebot an alternativen Heilmethoden. Finden Sie heraus, welcher Versichertentyp Sie sind und welcher Anbieter für Sie die optimalen Leistungen bereithält.

Jhr Frank Pöpsel

Impressum

Redaktion: Axel Hartmann
Verlag: Die Verlagsbeilage erscheint in der FOCUS Magazin Verlag GmbH.
Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Frank Pöpsel
Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags gestattet.
Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & CoKG, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

INHALT

Editorial	3
Reform Welche Veränderungen auf GKV-Mitglieder zukommen	4
Kassenwahl Die passende Kasse für sieben Versichertentypen	8
Wegweiser Online-Vergleichsdienste bringen Transparenz in den GKV-Markt	10
Zusatzleistungen Womit Kassen die gesetzlichen Mindestleistungen aufstocken	11
Beiträge Wie hoch das Sparpotenzial durch einen Versicherungswechsel künftig ausfällt	12
Service Kundennahe Kassen zeichnen sich nicht nur durch viele Geschäftsstellen aus	14
Integrierte Versorgung Effiziente Behandlungsorganisation spart Geld und beschleunigt die Heilung	16
Wahltarife Wer gesund ist, kann kräftig Beiträge sparen	18
Alternative Medizin Homöopathie & Co. halten immer mehr Einzug in die GKV	20
Modellverfahren In Projekten testen die Kassen neue Behandlungsmethoden auf Qualität und Wirtschaftlichkeit	22
Doktors Liebling Wie Patienten profitieren, wenn Arzt und Kasse gut zusammenarbeiten	24
Zusatzpolizen Mit welchen Extraversicherungen der gesetzliche Schutz aufgepeppt werden kann	26



Eine neue Ära

Eine umfassende Reform soll Wettbewerb und Qualität im Gesundheitswesen steigern. Was sich für die Versicherten ändert

Deutschlands Bevölkerung ist auf das Gesundheitssystem nicht gut zu sprechen. In einer repräsentativen Umfrage des Forsa-Instituts im April gaben 49 Prozent der Befragten zu Protokoll, mit Kosten, Leistungen und Funktion der medizinischen Versorgung nicht zufrieden zu sein. Ist die Lage wirklich so mau?

Für Fritz Beske, Direktor des Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel, ist der Anteil der Nörgler ungerechtfertigt hoch. „Es besteht der Eindruck, dass in keinem anderen hochindustrialisierten Land der Welt so kritisch über

das eigene Gesundheitswesen diskutiert wird wie bei uns“, so Beske. Untersuchungen seines Instituts würden keinen Anhaltspunkt liefern, dass die Bundesrepublik über ein weniger leistungsfähiges System verfüge als vergleichbare Nationen. „Den hohen Ausgaben steht eine umfassende Versorgung gegenüber“, meint der Experte. Die Zahl der Ärzte, Fachärzte, Zahnärzte, Pflegepersonen und Krankenhausbetten sei im Vergleich mit anderen

Industriestaaten überdurchschnittlich. Gleiches gelte für Qualitätsindikatoren wie die Lebenserwartung oder Sterblichkeitsrate bei Säuglingen. Freilich gebe es auch Defizite in der Versorgung, gibt Beske zu. „Die weist jedes Land auf. Die Verbesserung des Gesundheitssystems ist daher ein permanenter Prozess“, so der promovierte Mediziner.

Intensiver Wettbewerb. Und so versucht die Bundesregierung auch aktuell, den Spagat zwischen dem Anspruch auf optimale Medizin und bezahlbaren Versicherungsbeiträ-



Reformpille:
Der Umbau der GKV trifft Patienten wie Leistungserbringer

Die Etappen der Gesundheitsreform

► 1. April 2007

- Versicherungspflicht in der GKV für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher gesetzlich versichert waren
- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser
- kassenartenübergreifende Fusionen sind möglich

- neue Wahltarife für besondere Versorgungsformen, Selbstbehalte und Kostenerstattung
- freie Wahl der Reha-Einrichtung
- Einschränkung der Leistung bei Behandlungen von Folgeerkrankungen auf Grund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe (z.B. Komplikationen nach Schönheits-OPS)

- Impfungen und Vater-/Mutter-Kind-Kuren sind Pflichtleistungen

► 1. Juli 2007

- Einführung des Standardtarifs im Rahmen der Pflicht zur Versicherung als Übergangslösung bis zum Start des Basisstarifs für Personen, die der privaten Krankenversiche-

rung (PKV) zuzuordnen sind

► 1. Januar 2008

- Auflage für jüngere Versicherte, sich über Vorsorgeuntersuchungen beraten zu lassen, um im Fall einer späteren chronischen Erkrankung von verminderten Zuzahlungsgrenzen zu profitieren

gen zu bewerkstelligen. Das Mittel: Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – kurz GKV-WSG. Seit 1. April 2007 ist das Paragraphen-Werk in Kraft. Nicht weniger als eine neue Ära der Sozialgesetzgebung sei damit eingeläutet, meint Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). „Die Reformen in den Strukturen, der Organisation und der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung werden zu einem bisher nicht gekannten Wettstreit zu Gunsten der Patienten führen: um eine am Bedarf der Menschen ausgerichtete medizinische Versorgung, um das wirksamste und zugleich kostengünstigste Medikament, um den besten Service für Versicherte sowie auf Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Tarifangebote“, so die Ministerin. Ein hehres Versprechen.

Alle Beteiligten im System müssen sich mit Neuerungen arrangieren (s. auch Kasten unten):

Krankenkassen: Sie können über bestehende Kollektivverträge mit den kassenärztlichen Vereinigungen hinaus auch Vereinbarungen mit einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten schließen, was optimierte Versorgungsformen hervorbringen und Effizienzsteigerungen bringen soll. Zudem löst ab 1. Juli ein Dachverband die bisherigen sieben kassenartbezogenen Spitzenverbände ab.

Krankenhäuser: Die Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung vor allem von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Verläufen wurden ausgeweitet.

Pharma-Industrie: „Scheininnovationen“ soll durch die Erweiterung der bestehenden Nutzenbewertung neuer Arzneimittel zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung ein Riegel vorge-schoben werden.

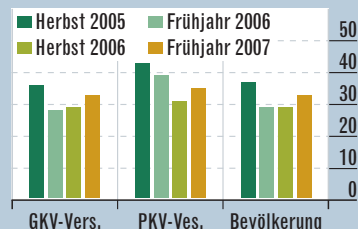
Apotheken: Sie können neuerdings auch einzelne Tabletten abgeben und sind nicht mehr gezwungen, ganze Packungen auszuhändigen. Für Medikamente, für die ein Rabattvertrag zwischen Kasse und Hersteller abgeschlossen wurde, kann die Zuzahlung ermäßigt werden.

Ärzte: Bei der Verordnung spezieller neuer und teurer Mittel muss die Zweitmeinung eines fachlich besonders ausgewiesenen Kollegen eingeholt werden. Zudem ändert sich im kommenden Jahr das ►

Gestärktes Vertrauen

Die Versicherten trauen der Politik wieder stärker zu, dass sie das Gesundheitssystem auf Vordermann bringt.

Vertrauen in die Politik, die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen %

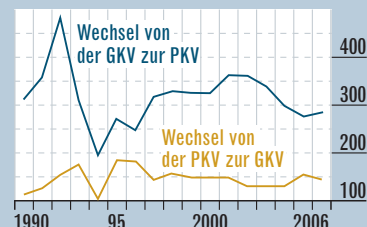


Quelle: Psychonomics

Steter Aderlass

Per saldo wandern seit Jahren mehr Versicherte von den gesetzlichen zu privaten Kassen als umgekehrt.

Wechsel zwischen PKV und GKV Tsd.

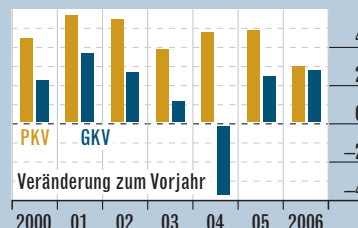


Quelle: VdAK

Sparsamer als die PKV

Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Kassen wuchsen in den letzten Jahren weniger stark als die der privaten.

Veränderung d. Leistungsausgaben %



Quelle: VdAK

► 1. Juli 2008

- Ablösung der Krankenkassenspitzenverbände durch einen Spitzenverband

► 1. Nov. 2008

- Festlegung des allgemeinen, einheitlichen, ab 1. Januar 2009 geltenden Beitragssatzes

► 1. Januar 2009

- Start des Gesundheitsfonds und des neuen Risikostrukturausgleichs unter den Krankenkassen
- Einführung einer neuen vertragsärztlichen Gebührenordnung
- Pflicht zur Versicherung für alle
- Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung

und Wechselmöglichkeit in diesen bei jedem beliebigen PKV-Unternehmen (bis 30.6.)

- Wahltarife für individuellen Krankengeldanspruch

► 1. Januar 2011

- endgültige Bündelung des Beitragseinzugs in der GKV



Gesetzliche GKV-Leistungen

- ▶ allgemeine ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie medizinische Rehabilitation
- ▶ Kontrolluntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Verhütung von Krankheiten
- ▶ von der Ständigen Impfkommission empfohlene Impfungen
- ▶ freie Wahl des Haus- oder Facharztes, sofern er eine Kassenzulassung besitzt
- ▶ stationäre Behandlung und allgemeine Pflegeleistungen im Krankenhaus bei Unterbringung im Mehrbettzimmer
- ▶ Kostenübernahme für vom Arzt verordnete verschreibungspflichtige Medikamente, für Heilmittel (u.a. Krankengymnastik) und für verordnete Hilfsmittel (z.B. Rollstühle), die nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Bagatellhilfsmittel gelten, im Rahmen geltender Festbeträge und Zuzahlungsregeln
- ▶ Krankengeld bei längerer Arbeitsunfähigkeit
- ▶ Kinderkrankengeld für die Betreuung kranker Kinder unter zwölf Jahren für bis zu zehn Arbeitstage im Jahr
- ▶ Mutterschaftsgeld, sofern die Frau bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis steht oder in Heimarbeit beschäftigt ist oder ihr Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst wurde
- ▶ befundabhängige Festzuschüsse für Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
- ▶ Arzt- und Behandlungskosten für verordnete ambulante oder stationäre Kuren (bei stationären Kuren auch Unterbringungs-/Verpflegungskosten)
- ▶ Krankenschutz im Ausland bei Aufenthalt in einem EU-Staat (Kostenerstattung nur bis zu in Deutschland geltenden Sätzen)



„Die Reformen werden zu einem bisher nicht gekannten Wettstreit zu Gunsten der Patienten führen“

**Ulla Schmidt (SPD),
Bundesgesundheitsministerin**

Vergütungssystem. Feste Honorare für definierte Leistungen lösen das Verfahren ab, bei dem Punktwerten für Leistungen am Ende eines Quartals variierende Euro-Werte zugeordnet werden.

Versicherte: Wer seinen Versicherungsschutz verloren hat, kann sowohl als gesetzlicher wie auch privater Patient in seine Versicherung zurückkehren. Für Privatversicherte ist allerdings nur der Standardtarif zugänglich (ab 2009 „Basistarif“), dafür ohne Risikoprüfung und -zuschläge. Der Leistungskatalog wurde erweitert, so dass nun alle von der ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen Pflichtleistung der Kassen sind. Gleiches gilt für Vater-/Mutter-Kind-Kuren.

Dafür wird in Sachen Vorsorge mehr Engagement verlangt. Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren sind, und Männer, die nach dem 1. April 1962 zur Welt kamen, müssen sich von einem Arzt zu Früherkennungsuntersuchungen bei Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs beraten lassen, wenn sie 20 (Frauen zu Gebärmutterhalskrebs) bzw. 50 Jahre alt sind (Frauen zu Brust- sowie

Frauen und Männer zu Darmkrebs). Wer später an einer der Krebsarten erkrankt und die Beratung nicht nachweisen kann, wird nicht als chronisch Kranker anerkannt und profitiert nicht von der verminderten Zuzahlungsgrenze, die für Chroniker ein statt zwei Prozent des Haushaltseinkommens beträgt.

Die einschneidendste Veränderung indes wird 2009 die Einführung des sogenannten Gesundheitsfonds sein. Er verändert Beitragseinzug und Geldströme im System grundlegend (s. Schaubild rechts). Für die Versicherten bedeutet er den Abschied von den bislang unterschiedlichen Beitragssätzen der Kassen. Sie zahlen künftig alle den selben Prozentsatz von ihrem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3600 Euro im Monat). Wie hoch dieser ausfällt, wird vom Gesetzgeber im November festgelegt werden. Nach ersten Schätzungen dürfte er inklusive des Sonderbeitrags der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent bei 15 bis 15,5 Prozent liegen. 7 bis 7,3 Prozentpunkte davon trüge der Arbeitgeber. Zunächst würde sich damit die Versicherung für Millionen von

Wichtige Messzahlen in der GKV 2008

Die Grundwerte, nach denen sich die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung richten, werden regelmäßig angepasst. Aktuell gelten:

	im Monat	im Jahr
Versicherungspflichtgrenze	4012,50 Euro	48 150 Euro
gesonderte Versicherungspflichtgrenze*	3600 Euro	43 200 Euro
Beitragsbemessungsgrenze in der GKV	3600 Euro	43 200 Euro
Höchstzuschuss des Arbeitgebers zur PKV	250,20 Euro	3002,40 Euro

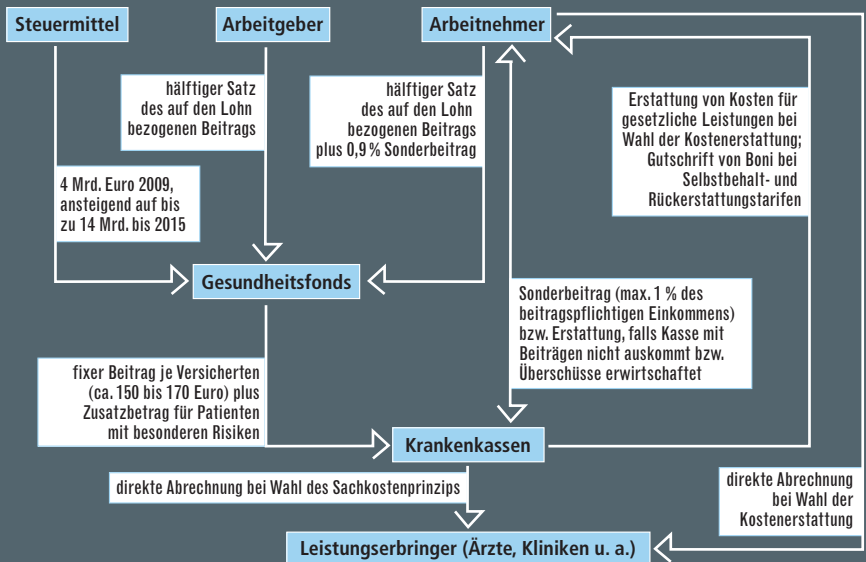
*für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 PKV-versichert waren

Quelle: BMGS

So funktioniert der Fonds

Mit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 wird der Beitragseinzug aus den Krankenkassen herausgelöst und zentralisiert. Die Beiträge orientieren sich nach wie vor am Lohn. Zusätzlich können die Kassen jedoch Sonderbeiträge verlangen bzw. Geld zurückerstatten. Die Versicherer erhalten aus dem Fonds für jedes Mitglied einen fixen Betrag. Für Versicherte mit besonderen Erkrankungen fließt eine Extra-Zahlung (Risikostrukturausgleich). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ändert das neue System für GKV-Mitglieder nichts. Die Kassen rechnen weiterhin direkt mit den Ärzten und Kliniken ab, es sei denn, der Versicherte hat einen Tarif mit Kostenerstattung gewählt. Dann ist er Vertragspartner des Arztes und bekommt eine Rechnung gestellt, von der er den erstattungsfähigen Anteil von seiner Versicherung zurückbekommt.

Einnahmen- und Ausgabenwege der künftigen gesetzlichen Krankenversicherung



Mitgliedern günstiger Kassen verteuern. Wie hoch der Beitrag am Ende aber dann tatsächlich ausfällt, hängt davon ab, inwieweit die Kassen von ihrem Recht Gebrauch machen, bei Überschüssen Beiträge zu erstatten oder bei Fehlbeträgen Sonderbeiträge zu erheben.

Ringens um den RSA. Noch sind die Details des Fonds nicht in trockenen Tüchern. Knackpunkt ist vor allem der neue Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen, der in den Fonds integriert wird. Zu der Grundpauschale für jeden Versicherten aus dem Gemeinschaftstopf erhalten die Kassen ab 2009 „risikoadjustierte“ Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs ihrer Versicherten. Kassen mit kostenintensiven Behandlungsfällen erhalten im Grundsatz höhere Zahlungen aus dem Fonds als Kassen mit gesünderen Versicherten. Die Krankheits- bzw. Morbiditätsfaktoren des neuen RSA sollen sich an 50 bis 80 Krankheiten orientieren, bei denen die Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent hö-

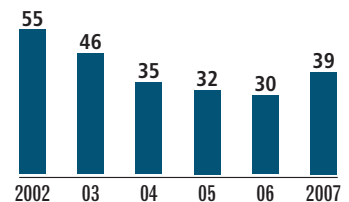
her liegen als im GKV-Schnitt. Die Krankheiten sind jedoch noch nicht abschließend festgelegt. Zudem wird darum gerungen, wie vermieden werden kann, dass aus Gebieten mit gesunden gut verdienenden Versicherten übermäßig viele Mittel im Rahmen des Ausgleichs abfließen.

Die Versicherten indes haben sich schon eine Meinung über den Fonds gebildet. Laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse bezweifeln zwei Drittel der Befragten, dass die Reform die Finanzierung des Systems langfristig sichert. Sogar drei Viertel äußern Zweifel, dass sie das Gesundheitswesen sozial gerechter oder durchschaubarer macht. Forsa-Chef Manfred Güllner: „Das ist ein Blauer Brief, der signalisiert, dass die Versetzung gefährdet ist. Nacharbeit wäre somit eigentlich erforderlich.“ Doch auch wenn zahlreiche Meinungsforscher, Ökonomen und Politiker aller Couleur das Projekt Gesundheitsfonds gern verschieben oder gar ganz abblasen wollen – einstweilen gilt das Machtwort von Bundeskanzlerin Angela Merkel von Mitte Januar: Der Fonds kommt 2009 definitiv. ■

Mehr Arztbesuche

Unwohlsein aussitzen verliert an Popularität. Die Bürger gehen wieder schneller zum Arzt.

Wenn ich mich unwohl fühle oder spüre, dass ich krank werde, dann gehe ich direkt zum Arzt. Zustimmung in Prozent

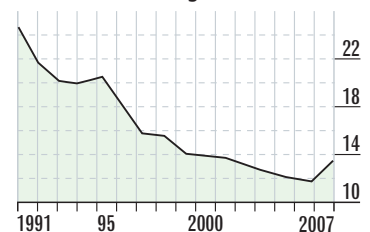


Quelle: Psychonomics

Häufiger krank

Nach langem Rückgang zogen die Krankmeldungen von Arbeitnehmern 2007 wieder an.

Zahl der Krankentage



Quelle: BKK Bundesverband



Die Qual der Wahl

Dutzende Kassen konkurrieren um Kunden. Welche Angebote zu welchem Versichertentyp passen

Rund 230 gesetzliche Krankenkassen buhlen aktuell um die Gunst der Versicherten. Immer noch eine üppige Auswahl, obwohl das Feld seit Einführung der freien Kassenwahl 1996 schon kräftig zusammengeschrumpft ist. Damals konkurrierten noch mehr als 600 Wettbewerber miteinander. Und der Konzentrationsprozess geht weiter, sagen Experten. Für Gesundheitsministerin Ulla Schmidt wären 30 bis 50 Kassen auf Dauer ausreichend. Schon heute vereinen die größten 50 Kassen mehr als 80 Prozent aller Versicherten auf sich.

Doch auch wenn weitere Kassen fusionieren, wie etwa zum 1. Januar diesen Jahres die BKK Mobil Oil und die KEH, haben Kunden weiter die Qual. Es stellt sich die Frage: Wie findet ein Versicherter die für sich und seine Familie passende Kasse?

Wer nicht nur nach dem Beitrag schielt, für den sind Leistungen und Service der Dreh- und Angelpunkt. Unterschiede gibt es dabei zum einen bei den über den gesetzlich vorgeschriebenen Katalog hinaus reichenden Offerten – etwa im Bereich



Sieben Fälle, sieben Lösungen

Der Kerngesunde

Ausgangslage: Er ist in exzellenter körperlicher Verfassung. Einen Arzt sucht er höchstens einmal im Jahr auf.

Tipp: Wer keine besonderen Ansprüche an die medizinische Versorgung stellt, kann guten Gewissens nach dem Preis für den Gesundheitsschutz schauen und eine Direktkasse mit niedrigem Beitragssatz wählen. Auch preiswerte Kassen haben übrigens Tarife mit Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen im Angebot. Mit ihrer Hilfe könnte das Budget noch mal gesenkt werden.

Der Bodenständige

Ausgangslage: Er ist selten beim Arzt, möchte im Notfall aber mehr als nur das Standardprogramm bekommen.

Tipp: Bei der Kassenwahl sollten Sonderleistungen wie Programme zur integrierten Versorgung, Modellvorhaben oder die Übernahme von Kosten für alternative Heilmethoden berücksichtigt werden. Um aus der gesunden Grundkonstitution Kapital zu schlagen, empfiehlt sich eventuell die Einschreibung

in einen Selbstbehalt- oder Rückerstattungstarif. Wenn nicht auf Service vor Ort Wert gelegt wird, dürfte auch hier unter den Direktkassen ein guter Kompromiss aus Preis und Leistung zu finden sein.

Der Bewusste

Ausgangslage: Er ist bei guter Gesundheit und tut aktiv etwas für seinen Körper. Im Krankheitsfall legt er Wert auf natürliche Heilmethoden.

Tipp: Gesundheitsbewusstes Verhalten (z.B. Mitgliedschaft im Sportverein) wird bei vielen Kassen mit Sach- und Geldprämien belohnt. Nach entsprechenden Programmen sollte Ausschau gehalten werden. Eventuell kommt auch ein Wahltarif mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung in Frage. Besonderes Augenmerk sollte gelegt werden auf die Übernahme von Kosten für alternative Behandlungsmethoden wie Osteopathie, Balneotherapie oder Elektrotherapie. Einzelne Kassen bieten zudem Spezialtarife, bei denen ein Großteil der Kosten für Naturarzneimittel übernommen wird.

Der rüstige Rentner

Ausgangslage: Er ist für sein Alter in guter Form und hält sich fit. Anlaufstelle bei Problemen ist für ihn immer sein Hausarzt. Rat in Gesundheitsfragen holt er sich online und in persönlichen Gesprächen mit Kassenvertretern.

Tipp: Die Einschreibung in ein Hausarztprogramm erspart die Praxisgebühr. Die Rente wird zudem weniger strapaziert mit der Teilnahme an einem Bonusprogramm, das gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt. Rund-um-die-Uhr-Service ist auf Grund der Affinität zum Internet nicht nötig. Eine Filiale vor Ort sollte aber da sein. Eine Kasse mit gutem Mix aus Service, Leistungen und moderatem Beitrag ist angezeigt.

Der Familienmensch

Ausgangslage: Er hat Kinder, ist berufstätig und in seinem Zeitbudget eingeschränkt. Er braucht jemanden, der sich im Krankheitsfall um alles kümmert, ihn berät und regelmäßig an wichtige Vorsorgetermine erinnert.



Vielfalt: Auch bei gesetzlichen Leistungen gibt es Unterschiede

Wahltarife, Zusatzleistungen oder alternative Medizin. Aber auch innerhalb des Pflichtangebots unterscheiden sich die Kassen, wenn es zum Beispiel darum geht, wie viele Verträge zur Integrierten Versorgung abgeschlossen sind, in welchen Bundesländern welche Disease-Management-Programme angeboten oder welche Modellvorhaben unterstützt werden. Schließlich gibt es auch in der Präsenz vor Ort und den Hotline-Zeiten erhebliche Differenzen.

FOCUS-MONEY hat zusammen mit dem unabhängigen Infodienst www.gesetzlichekrankenkassen.de sieben typische Versichertenprofile definiert und zeigt, welche Angebote ihre Bedürfnisse treffen. ■

Tipp: Eine servicestärke Kasse mit Geschäftsstelle am Wohnort und gut erreichbarer Service- und Beratungs-Hotline dürfte erste Wahl sein. Dabei sollte besonders auf familienfreundliche Zusatzleistungen geachtet werden wie das Rooming-in (Eltern können bei Kindern im Krankenhaus übernachten) oder die Übernahme von Kosten für Haushalts-hilfen über das gesetzliche Mindestmaß hinaus. Ebenso kann das Angebot von Modellvorhaben etwa zur ambulanten Kinderchirurgie von Vorteil sein.

Der Anspruchsvolle

Ausgangslage: Der Preis spielt für ihn keine Rolle. Im Vordergrund steht allein ein üppiges Leistungspaket.

Tipp: Um als Kassenpatient annähernd den Status eines Privatversicherten und damit ein breiteres Leistungsspektrum zu bekommen, bietet sich die Wahl der Kostenerstattung an. Dabei bekommt der Versicherte zunächst eine Rechnung gestellt. Die Kasse zahlt dann nach Vorlage den erstattungsfähigen Anteil der Behandlung. Einige Kassen

bieten auch entsprechende Wahltarife an. Vorteil: Die Kasse rechnet dabei direkt mit dem Arzt ab, der Patient zahlt nur einen begrenzten Eigenanteil. Allerdings muss auch ein vertraglich gebundener Arzt aufgesucht werden. Eine private Zusatzpolice peppt den Schutz noch mal auf. Die Wahl einer Kasse, die mit einer privaten Assekuranz kooperiert, könnte sich rechnen.

Der Chroniker

Ausgangslage: Er leidet unter einer chronischen Erkrankung, die seine Mobilität einschränkt.

Tipp: Das Angebot eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm) für die betreffende Krankheit ist von zentraler Bedeutung. Zudem ist eine Geschäftsstelle vor Ort hilfreich, wo der Patient alle Behandlungsschritte persönlich besprechen kann. Um einer Verschlechterung des Gesundheitszustands vorzubeugen, sollte die Kasse der Wahl ein breites Angebot an Präventionsprogrammen im Angebot haben.

Tipps

Jetzt noch die Kasse wechseln? Worauf Sie achten müssen

Seit Januar 1996 können Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Kasse frei wählen. Die Bedingungen:

Bei der Kündigung der alten Kasse gilt eine Frist von zwei Monaten zum Monatsende. An die neue Kasse sind Sie dann mindestens 18 Monate gebunden. Sollten Sie innerhalb der Frist keine neue Kasse gefunden haben, sind Sie automatisch in Ihrer bisherigen Krankenkasse weiterversichert.

Erhöht die aktuelle Kasse die Beiträge, so besteht innerhalb von zwei Monaten ab Inkrafttreten der Erhöhung ein Sonderkündigungsrecht. Sie können die Kasse dann mit einer Frist von zwei Monaten wechseln. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts gilt dieses Kündigungsrecht auch dann, wenn der Grund für die Beitragssatzerhöhung die Fusion zweier Kassen ist. Kein Kündigungsrecht dagegen besteht oftmals, wenn Sie sich freiwillig in einen Wahl-tarif Ihrer Kasse eingeschrieben haben. An diesen sind Sie drei Jahre fest gebunden.

Sie können bei einem Wechsel alle gesetzlichen Krankenkassen wählen, die sich der Allgemeinheit in Ihrem Wohnortbundesland oder im Bundesland Ihres Arbeitsplatzes geöffnet haben.

Für einen Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen reicht es, bei der neuen Kasse die Mitgliedschaft zu beantragen und der alten Kasse formlos zu kündigen. Sie müssen lediglich die Kündigungsfristen beachten. Wollen Sie dagegen in eine private Krankenversicherung wechseln, müssen Sie erst Ihre Aufnahme nach Prüfung der Gesundheitsfragen abwarten.



Gewusst, wen

Wie Vergleichsdienste
im Internet bei der
Auswahl der passenden
Krankenkasse helfen

Zwar sind nahezu alle für die Allgemeinheit geöffneten gesetzlichen Krankenkassen mit einer Web-Seite im Internet präsent. Alle nacheinander abzuklappen und die Informationen durchzuklicken, um für sich den passenden Versicherer zu finden, dürfte jedoch Zeitbudget und Geduld der meisten Bürger übersteigen.

Eine fundierte Auswahl ist dennoch möglich, dank der Hilfe diverser Online-Services, die für Transparenz im GKV-Markt sorgen. Einer davon ist www.gesetzlichekrankenkassen.de. Dort finden Nutzer übersichtlich aufbereitet die wichtigsten Daten für nahezu alle Kassen. Wenige Klicks im Abschnitt Preisvergleich zum Beispiel reichen, um herauszufinden, welche Kasse im eigenen Bundesland die günstigste ist. Für alle 16 Länder werden nach dem Beitragssatz sortierte Listen bereitgestellt. Wer sich anhand dieses Vergleichs schon für einen Anbieter entschieden hat, kann bei vielen Kassen direkt einen Link zum Beitrittsformular anwählen.

Aktuelle Daten. Besteht noch Bedarf an Informationen zum Leistungsspektrum, liefert gesetzlichekrankenkassen.de ebenfalls ausführliche Listen, die auch als PDF-Dokument heruntergeladen werden können. Dabei stehen Daten für die Bereiche Service, Zusatzleistungen, Naturheilverfahren, Modellvorhaben, Integrierte Versorgung, Disease-Management und Wahltarife bereit. Nutzer können hier etwa erfahren, zu welchen Zeiten Service- und Beratungs-Hotlines zur Verfügung stehen, zu welchen Krankheitsbildern

Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme vorhanden sind oder wie das Angebot an Wahlтарifen aussieht und welche Beträge damit eingespart werden können. „Wir fragen die Daten regelmäßig mit Hilfe eines umfangreichen Fragebogens direkt bei den Kassen ab, so dass wir immer auf dem bestmöglichen aktuellen Stand sind“, erklärt Geschäftsführer Thomas Adolph.

Über die Beitrags- und Leistungsdaten der Versicherer hinaus liefert sein Dienst auch detaillierte Hintergrundinformationen zum System der GKV, welche Pflichtleistungen es zum Beispiel gibt oder wie hoch die aktuellen Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung ausfallen. In Diskussionsforen schließlich können sich die Nutzer über ihre Erfahrungen mit einzelnen Kassen austauschen, Fragen zur Krankenversicherung stellen und anderen Nutzern Antworten geben oder Meinungen zur Gesundheitspolitik äußern. ■



„Wir fragen die Daten regelmäßig mit Hilfe eines umfangreichen Fragebogens bei den Krankenkassen ab“



Thomas Adolph,
www.gesetzlichekrankenkassen.de



Praktisches Plus

Um welche Angebote Kassen die gesetzlichen Mindestleistungen freiwillig erweitern

So wie der Gesetzgeber den Krankenkassen im Sozialgesetzbuch vorgibt, welche Leistungen von allen Anbietern in gleichem Maße zu erbringen sind, so lässt er ihnen auch Raum, den Katalog innerhalb der Rahmenbedingungen freiwillig zu erweitern. Bei diesen Zusatzleistungen, die in den Satzungen der einzelnen Kassen festgeschrieben werden müssen, handelt es sich in der Regel um Ergänzungen zu den gesetzlichen Pflichten.

Ein Klassiker dabei sind Angebote zu Vorsorgeuntersuchungen auch unabhängig vom Alter. Laut Gesetz haben Versicherte zum Beispiel höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen – Frauen frühestens vom Beginn des 20. Lebensjahrs, Männer frühestens vom Beginn des 45. Lebensjahrs an. Die BKK Essanelle jedoch zahlt zum Beispiel zusätzlich für alle Versicherten auch ein Hautkrebsscreening – je nach Versorgungsgebiet ab dem 13., dem 20. Lebensjahr oder ganz ohne Altersbeschränkung. In Bundesländern, in denen keine Verträge mit kassenärztlichen Vereinigungen bestehen, wird zumindest der Regelsatz von 21 Euro erstattet.

Hilfe für Eltern. Eine gängige Zusatzleistung ist auch die Stellung von Haushaltshilfen über das gesetzliche Maß hinaus. Ist die Weiterführung des Haushalts auf Grund einer Erkrankung eines Elternteils nicht möglich, sieht der Regelkatalog die Bereitstellung oder Kostenübernahme für eine Hilfe vor, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das behindert und auf Hilfe angewiesen oder jünger als zwölf Jahr alt ist und keine weitere Person im Haus die Aufgabe über-

nehmen kann. Bei der Techniker Krankenkasse zum Beispiel reicht als Kriterium für die Bewilligung aus, dass im Haushalt ein Kind lebt, das jünger als 14 Jahre alt ist.

Weitere Extras verschiedener Kassen sind die Kostenübernahme für Grundpflege und Hauswirtschaft bei Anordnung einer Behandlungspflege zu Hause über die im Sozialgesetzbuch genannte Frist von vier Wochen hinaus, das Angebot oder die Bezahlung von Schulungen und Seminaren rund um die Gesundheit oder bestehende Erkrankungen oder eine individuelle Rehabilitationsberatung durch speziell geschulte Experten.

Beistand in der Klinik. Für Eltern jüngerer Kinder interessant sind erweiterte Leistungen bei der Mitaufnahme von Elternteilen im Krankenhaus, wenn ein Kind dort behandelt wird (sogenanntes Rooming-in).



Pflege: Kassen zahlen Haushaltshilfen

Grundsätzlich ist die Kostenübernahme dafür von der Feststellung der medizinischen Notwendigkeit des Rooming-in abhängig. Einige Kassen sehen diese jedoch bei Kindern bis zu einem bestimmten Alter automatisch als gegeben an. Die Eltern können dann unabhängig von der Art der Erkrankung ihres Nachwuchses mit in der Klinik übernachten. In zahlreichen Studien wurde belegt, dass der Gesundungsprozess durch die Anwesenheit von Vater oder Mutter beschleunigt werden kann. ■

Kassen mit den besten Zusatzleistungen

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	BKK Essanelle	08 00/2 55 66 55	bkk-essanelle.de
1	Techniker KK	08 00/2 85 85 85	tk-online.de
2	Hamburg Münchener KK	0 18 02/00 12 34	hmk.info
2	SBK	0 18 02/21 23 25	sbk.org
2	Securvita BKK	0 18 02/24 26 27	securvita.de
3	GEK Gmlinder Ersatzkasse	08 00/4 35 46 36	gek.de
3	Deutsche BKK	0 18 02/18 08 65	deutschebkk.de
3	HZK	0 18 02/30 56 57	hzk-online.de
4	BKK BVM	08 00/85 76 76 85	bkkbvm.de
4	BKK Pfalz	0 18 01/37 00 00	bkkpfalz.de
4	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
4	Metro AG Kaufhof BKK	08 00/2 23 22 33	mkbkk.de
5	BKK Gesundheit	0 18 02/00 92 00	bkkgesundheit.de
5	Gothaer BKK	0 18 01/00 01 92	gothaer-bkk.de
5	IKK Weser-Ems ²⁾	0 18 01/45 52 55	ikk-weser-ems.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007; ²⁾seit 1.1.08 fusioniert mit HkK

Quelle: Focus-Money





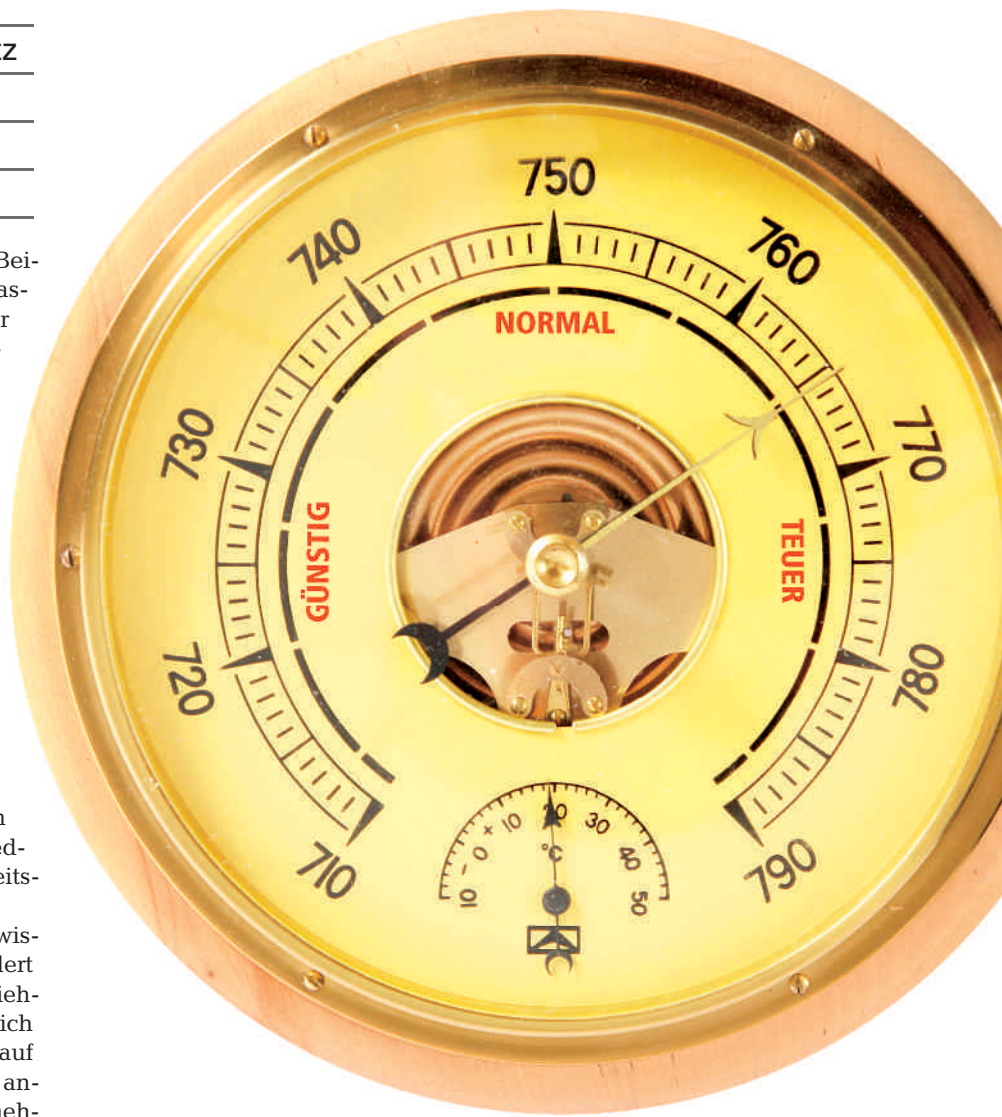
Große Preisfrage

2009 wird der Beitragssatz vereinheitlicht. Zwischen Kassen wird es dennoch Preisunterschiede geben

Kennen Sie den genauen Beitragssatz Ihrer Krankenkasse? Nein? Dann sind Sie in guter Gesellschaft. Bei einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK konnten rund 40 Prozent der Befragten noch nicht mal eine ungefähre Angabe über dessen Höhe machen. Von den übrigen, die einen Tipp wagten, lagen gerade mal 14,2 Prozent richtig.

Da überrascht es fast schon ein wenig, dass in derselben Umfrage die gesetzlich versicherten Bürger, die schon einmal die Kasse gewechselt haben, den Beitragssatz als das entscheidende Motiv angaben. 56,8 Prozent der Wechsler kehrten auf Grund der Aussicht auf niedrigere Kosten für den Gesundheitsschutz ihrer Kasse den Rücken.

Hohes Sparpotenzial. Die Unwissenheit über die exakte Höhe ändert freilich nichts an der Nachvollziehbarkeit des Handelns. Schließlich lassen sich mit der Unterschrift auf dem Beitrittsformular bei einem anderen Versicherer im Zweifel mehrere 100 Euro im Jahr sparen – bei im Kern denselben Leistungen. Wer beispielsweise als Arbeitnehmer ein Bruttoeinkommen von 3600 Euro oder mehr verbucht (Beitragsbemessungsgrenze) und zum 1. Januar von der teuren City BKK mit 16,3 Prozent Beitragssatz zum günstigsten bundesweit geöffneten Anbieter IKK direkt gewechselt ist, zahlt – so keine weiteren Erhöhungen erfolgen – in diesem Jahr satte 842 Euro weniger für die Absicherung im Krankheitsfall als noch 2007. Wer noch im Mai



Barometer: Um die Höhe des künftigen einheitlichen Beitragssatzes ranken sich viele Spekulationen

kündigt, womit die Mitgliedschaft in einer preiswerteren Kasse zum 1. August möglich wäre, kann bis Jahresende maximal noch 405 Euro sparen – wenn er von der City BKK zur günstigsten, allerdings nur in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen geöffneten Kasse, der IKK Sachsen, wechselt.

Ob auch ab dem kommenden Jahr Einsparungen durch „Kassen-Hopping“ in solchen Größenordnungen möglich sein werden, ist die Frage. Zwar dürfen die Kassen nach Einführung des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes je nachdem, wie sie mit ihrem Budget auskommen, von den Versicherten

Die günstigsten bundesweit geöffneten Kassen

Rang	Kasse	Beitragssatz	Telefon	Website (www.)
1	IKK direkt	12,4 %	0 18 02/45 53 47	ikk-direkt.de
2	BIG Gesundheit	12,5 %	08 00/54 56 54 56	big-gesundheit.de
3	BKK Gildemeister Seidensticker	12,6 %	08 00/025 52 55	bkkgilsei.de
4	Knappschaft	12,7 %	08 00/020 05 01	knappschaft.de
5	BKK Dr. Oetker	12,8 %	0 18 02/55 63 85	bkk-oetker.de

Quelle: www.gesetzlichekrankenkassen.de



Zusatzbeiträge erheben oder ihnen Beiträge erstatten. Welche Spannen sich dabei ergeben, ist jedoch noch unklar. Den Zuschlag hat der Gesetzgeber, der mit seiner Reform vor allem auf eine Stärkung des Leistungswettbewerbs zielt, auf höchstens ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens beschränkt. Ob und in welcher Höhe die maximale Rückgewähr gedeckelt wird, hat er (noch) nicht geregelt. Es darf spekuliert werden. „Wir werden schon vom ersten Monat an das überschüssige Geld an unsere Versicherten zurückzahlen“, verspricht etwa IKK-direkt-Chef Ralf Hermes. „Wenn alles so kommt, wie ich es erwarte, dann dürften das 50 Euro im Monat sein.“ Andere Experten gehen eher von deutlich niedrigeren Beträgen um zehn Euro aus.

Trifft Hermes' Prognose ein, lägen zwischen der günstigsten und der teuersten Versicherungsvariante satte 1032 Euro im Jahr – die aktuelle Beitragsbemessungsgrenze unterstellt. Werden maximal zehn Euro im Monat erstattet, wären es 552 Euro. Auch das ließe sich sehen, wenngleich nicht ganz das Niveau heutiger maximaler Einsparmöglichkeiten erreicht würde.

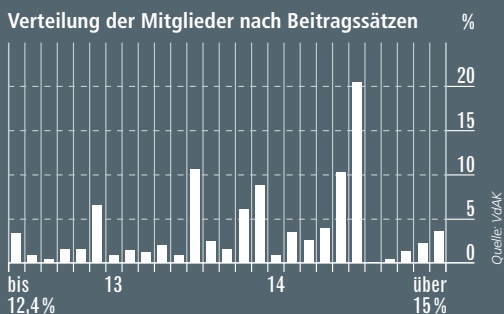
Rätseln um Beitragssatz. Entscheidend für die Rechnung, wie teuer der Krankenschutz in Zukunft ausfällt, ist neben der Regelung der Ab- und Zuschläge natürlich auch die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes. Auch hier herrscht noch reichlich Unklarheit. Das Gesundheitsministerium hält sich bedeckt und will sich vor Bekanntgabe anfang November nicht an Spekulationen beteiligen. Das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) in München wagt indes

eine Prognose und taxiert den Satz auf 15,5 Prozent – inklusive des seit Juli 2005 geltenden Sonderbeitrags der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent. Das wären 0,7 Punkte mehr als der Durchschnittswert in 2007. Nach IFG-Berechnungen stiege damit für fast 90 Prozent der GKV-Mitglieder zunächst einmal der Beitrag. Je nachdem, ob es zu Beitragserstattungen kommt und wie hoch diese ausfielen, wäre dann zu ermitteln, wer tatsächlich draufzahlt.

Für Mitglieder der IKK direkt würde ein Satz von 15,5 Prozent einen Aufschlag von maximal rund 40 Euro im Monat gegenüber heute bedeuten. Kann Kassen-Chef Hermes ab 2009 tatsächlich 50 Euro gutschreiben, führen seine Kunden in jedem Fall preiswerter als aktuell. Eine verlockende Aussicht – aber eben auch nur eine vage. Die Fakten wird man erst ab 1. Januar 2009 kennen. ■

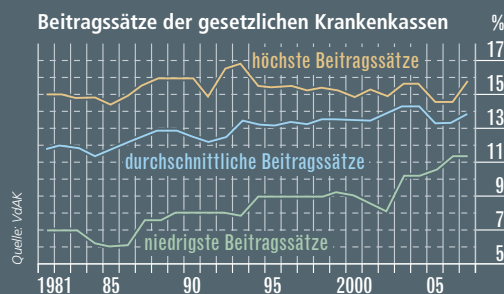
Breite Spanne...

Das Gros der GKV-Versicherten zahlt 13,5 bis 14,5 Prozent seines Bruttolohns für die Krankenversicherung.



...schrumpft zusehends

Der Abstand zwischen höchstem und niedrigstem Beitragssatz in der GKV verringert sich immer weiter.





Nah am Kunden

Umfangreiche Service- und Beratungsleistungen sind Markenzeichen der großen Versorgerkassen. Wie Kunden davon profitieren

Die Abstimmung mit den Füßen unter den gut 50 Millionen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren 20 Millionen mitversicherten Partner und Familienangehörigen ist eindeutig: Nicht die kleinen, preiswerten Direktanbieter in den Reihen der Betriebs- und Innungskrankenkassen ziehen die Massen an. Es sind die großen Orts- und Angestelltenkassen, die die Mehrheit der gesetzlichen Patienten auf sich vereinen. Gut zwei Drittel aller GKV-Mitglieder haben die Chip-Karte eines Unternehmens der entsprechenden Verbände (AOK

und VdAK) in ihrem Portemonnaie (s. Grafiken rechts). Offenbar überzeugt das Mehr an Service, das die großen Versorgerkassen offerieren, die Verbraucher stärker als ein günstiger Beitrag.

Kundennähe definieren die Kassen dabei weit umfangreicher als allein mit der Präsenz vor Ort, wie das Beispiel der DAK zeigt. Anlaufstelle für die 6,2 Millionen Versicherten von Deutschlands zweitgrößter Kasse sind nicht nur die mehr als 800 Geschäftsstellen (s. Tabelle rechts), die Versicherung ist für ihre Kunden auch telefonisch rund um die Uhr an

sieben Tagen in der Woche erreichbar. Fragen zu Leistungsansprüchen und sonstigen Versicherungsbelangen beantwortet dabei die Informations-Hotline. Wer medizinische Auskunft benötigt, wird von ausgebildeten Experten unter anderem aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Pharmazie und Pflege an der „DAK Gesundheit direkt“-Hotline zu jeder Tages- und Nachtzeit an 365 Tagen im Jahr betreut.

Filiale im Web. Parallel finden Informationshungrige auch im Internet ein umfangreiches Angebot. Im frei zugänglichen Online-Bereich sowie

Beratung: Ist die Mobilität eingeschränkt, kommen bei ausgewählten Kassen auch Mitarbeiter nach Hause



in der Mitgliedern vorbehaltenen virtuellen Geschäftsstelle stehen Informationen zu Leistungsansprüchen, Krankheitsbildern und zum Gesundheitsmarkt bereit. Es lassen sich Broschüren downloaden und bestellen. Versicherte können Rezepte für gesunde Mahlzeiten zum Nachkochen herunterladen. Sie finden Informationen zu Ärzten und Pflegeheimen. Und mit dem Klinikkompass können sie nach für bestimmte Operationen geeigneten Krankenhäusern suchen. Zudem lassen sich Auslandskrankenscheine bestellen, Fitness- und Ernährungstests durchführen, und ein E-Mail-Newsletter kann abonniert werden. „Eltern etwa erinnern wir per elektronischer Post an wichtige Vorsorgetermine beim Kinderarzt“, erläutert DAK-Vorstandsvorsitzender Herbert Rebscher.

Ist die Mobilität eingeschränkt und besteht kein Web-Zugang oder lassen sich spezielle Fragen am Telefon nicht lösen, kommt einer der rund 14 000 DAK-Mitarbeiter auch zur Beratung nach Hause – sogar außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der Geschäftsstellen.

Intensiven persönlichen Kontakt pflegt die DAK auch mit ihren chronisch kranken Kunden. So übernehmen Gesundheitsberater das Versorgungsmanagement bei komplexen, lang andauernden Erkrank-

kungen wie Asthma, Diabetes oder koronarer Herzkrankheit, indem sie für die Patienten spezifische Versorgungsabläufe organisieren.

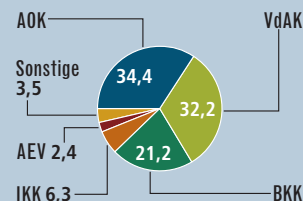
Seit Januar sind in Bayern und Baden-Württemberg zudem Gesundheits-Coaches im Einsatz. Ziel des Programms ist es, über eine telefonische Ansprache Chroniker in der Therapie zu unterstützen und ihnen Hilfestellung für eine gesundheitsorientierte Veränderung des Lebensstils zu geben. „Hier ist die DAK bundesweit Vorreiter. Keine andere Kasse bezieht bei einem vergleichbaren Projekt eine so große Personenzahl mit ein“, betont Kassen-Chef Rebscher. Rund 28 000 Teilnehmer zählt das Pilotprojekt bereits, 50 000 sind angepeilt.

Fit im Betrieb. Servicestarke Kassen richten ihr Angebot übrigens nicht nur auf Privatkunden. Auch Firmen können profitieren. So stellt die DAK etwa umfassende Informationen zum Sozialversicherungs-, Arbeits- und Steuerrecht zur Verfügung und unterstützt das Management und die Organisation von präventiven Maßnahmen in Betrieben. Unternehmen, die eine gewisse Anzahl an DAK-Mitgliedern in der Belegschaft zählen und sich besonders engagieren mit umfangreichen und langfristigen Gesundheitsprojekten werden sogar mit einem finanziellen Bonus bedacht. ■

Im Westen...

...haben exakt zwei Drittel der Versicherten eine Karte einer großen Versorgerkassen (AOKs und Angestelltenkassen) im Portemonnaie.

Mitglieder nach Kassenarten in Prozent, alte Bundesländer

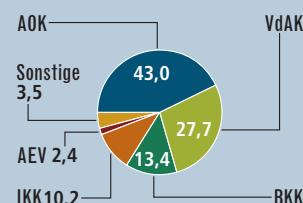


Quelle: VdAK

Im Osten...

...vertrauen noch deutlich mehr Menschen AOK & Co. Günstige Betriebs- und Innungskassen sind dafür weniger gefragt.

Mitglieder nach Kassenarten in Prozent, neue Bundesländer 2006



Quelle: VdAK

Kassen mit den meisten Geschäftsstellen

Nur wenige Kassen leisten sich eine Vor-Ort-Präsenz auch in ländlicheren Regionen. DAK und Barmer allein verfügen über doppelt so viele Geschäftsstellen wie die übrigen Kassen im FOCUS-MONEY-Test zusammen.

Rang ¹⁾	Kasse	Geschäftsstellen
1	Barmer	981
2	DAK	873
3	Techniker Krankenk.	224
4	GEK	194
5	KKH - Kaufm. Krankenk.	113

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007

Kassen mit dem besten Service

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
1	Deutsche BKK	0 18 02/18 08 65	deutschebkk.de
1	IKK Hamburg	0 18 02/22 67 67	ikk-hamburg.de
1	SBK	0 18 02/21 23 25	sbk.org
2	Gothaer BKK	0 18 01/00 01 92	gothaer-bkk.de
2	Hamburg Münchener Krankenkasse	0 18 02/00 12 34	hmk.info
2	KKH - Kaufmännische Krankenkasse	0 18 03/55 44 99	kkh.de
3	IKK Weser-Ems ²⁾	0 18 01/45 52 55	ikk-weser-ems.de
3	Metro AG Kaufhof BKK	08 00/2 23 22 33	mkbkk.de
4	BKK BVM	08 00/85 76 76 85	bkkbvm.de
5	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007; ²⁾zum 1.1.2008 fusioniert mit HKK

Quelle: Focus-Money





Entlassungsgespräch: Effizientes Management beschleunigt die Heilung

Nahtlos gesund

Bei der Integrierten
Versorgung gehen die
stationäre und ambulante
Behandlung Hand in Hand

So umfassend und modern das Gesundheitssystem in Deutschland im internationalen Vergleich auch ist, es knirscht dennoch an der ein oder anderen Stelle. Ein Knackpunkt: Die oft mangelnde Zusammenarbeit zwischen einzelnen Sektoren. Immer wieder müssen Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Reha-Maßnahmen die Koordination selbst in die Hand nehmen und den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren. Nicht selten kommt es dabei zu Über-, Unter- oder gar Fehlversorgungen etwa in Form von doppelten und dreifachen Untersuchungen ein und derselben Art.

Ergebnis und Effizienz der Behandlung zu verbessern ist das Ziel

Die häufigsten IV-Verträge

Bereich	Anzahl der Verträge*
Hüft- und Kniegelenke	577
ambulante Operationen	263
Orthopädie	197
Herz- und Kreislauferkrankungen	168
Chirurgie	165
Krebserkrankung	93
psychische Erkrankungen	85
Bandscheiben	78
Gynäkologie	77
Muskel- und Skeletterkrankungen	67

*über alle Kassen hinweg

Quelle: Krankenkassenratgeber.de

der sogenannten Integrierten Versorgung (IV). Bereits seit dem Jahr 2000 ist den Krankenkassen vom Gesetzgeber die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, nichtärztliche Leistungserbringer (z.B. Krankengymnasten), Pflegeeinrichtungen, ambulanter und stationärer Bereich sowie Apotheken koordiniert zusammenwirken.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden schließlich weitere rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt, um den Ausbau der Integrierten Versorgung zu fördern. So stehen seit 2004 jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für IV-Programme zur Verfügung. Seit 1. April 2007 sind sie sogar eine von fünf Pflichtofferten im Rahmen des Wahltarifangebots der gesetzlichen Kassen.

Umfassendes Vertragswerk. Weit über 4500 IV-Verträge mit mehr als 5,5 Millionen teilnehmenden Versicherten existieren heute zu den verschiedensten Bereichen und Krankheitsbildern, meldet die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Die meisten Vereinbarungen zwischen Kassen und Leistungserbringern gibt es dabei zur Behandlung von Hüft- und Kniegelenkschäden, gefolgt von ambulanten Operationen und der Orthopädie (s. Tabelle links).

Die Teilnahme an IV-Programmen ist für Patienten stets freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Neben den gesetzlichen Zahlungen und Eigenbeteiligungen entstehen grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten. Im Gegenteil: Vielfach belohnen die Kassen ihre Mitglieder, die sich für strukturierte Behandlungsmaßnahmen einschreiben, indem sie ihnen die Praxisgebühr erlassen oder den Eigenbeitrag für Medikamente und Hilfsmittel sowie Krankenhausaufenthalte reduzieren.

Kassen mit der besten Integrierten Versorgung

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de
2	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
3	Barmer Ersatzkasse	01 85 00/95 20 00	barmer.de
4	GEK Gmünder Ersatzkasse	08 00/4 35 46 36	gek.de
5	BKK Gesundheit	0 18 02/00 92 00	bkkgesundheit.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007

Quelle: Focus-Money

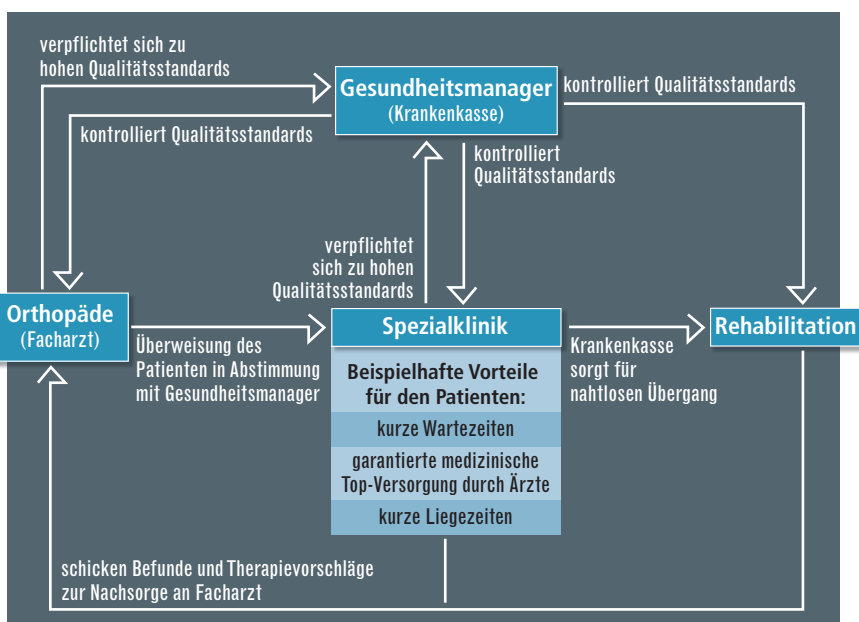


Reibungslose Kette. Sie profitieren aber auch in anderer Hinsicht: Die optimal aufeinander abgestimmte Behandlungskette beschleunigt den Heilungsprozess. Lange Wartezeiten in Praxen oder auf Operationstermine in Kliniken entfallen, denn die Kasse übernimmt die Suche nach den passenden Spezialisten. Verbindlich vereinbarte und regelmäßig überprüfte Qualitätsstandards zwischen Versicherungen, Ärzten und Kliniken sichern eine optimale Versorgung.

Achtung: Die IV-Programme sind in der Regel regional begrenzt, und bei weitem nicht alle Kassen bieten für alle möglichen Indikationsbereiche, zu denen es Verträge gibt, ihren Versicherten die Möglichkeit zur Einschreibung an. Wer besonderen Wert auf Angebote der Integrierten Versorgung legt, sollte also bei der Kassenwahl im Vorfeld recherchieren, ob das für ihn passende Programm auch in seiner Region vom anvisierten Versicherer angeboten wird. ■

Lückenlose medizinische Betreuung

Von der Diagnose über die Einweisung in eine Spezialklinik, den nahtlosen Übergang in die Reha bis hin zur Nachsorge: Der Gesundheitsmanager der Krankenkassen lässt den Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung niemals allein.





Gesund sparen

Wer seinen Körper fit hält,
kann Beiträge sparen.

Mit welchen Programmen
Kassen Prävention fördern

Neben den Bonusprogrammen haben die Krankenkassen seit 1. April 2007 die Möglichkeit, allen Versicherten ein breites Spektrum an Wahlтарifen anzubieten. Ein Teil der Tarife ist dabei für alle Kassen verpflichtend. Darunter fallen

- das Hausarztmodell, wobei Versicherte im Krankheitsfall immer erst den Hausarzt aufsuchen müssen, der sie dann zur weiteren Behandlung an Fachärzte überweist
- Angebote zu besonderen Versorgungsformen wie die Integrierte Versorgung und sogenannte Disease-Management-Programme
- ab 1.1.2009 der Krankengeldtarif mit Anspruch auf Krankengeld für Selbstständige und Freiberufler
Alle weiteren Wahlтарife sind freiwillig. Im Wesentlichen sind dies
- Tarife für besondere Therapieeinrichtungen, wobei gegen eine Zusatzprämie die Kosten für alternative Therapien wie homöopathische Arznei übernommen werden

- Kostenerstattungstarife, bei denen Patienten medizinische Leistungen auf Rechnung erhalten und die Kasse anschließend den erstattungsfähigen Teil übernimmt
- Selbstbehalttarife, bei denen Versicherte sich bereit erklären, einen Teil der Behandlungskosten selber zu tragen, was mit einer Prämienzahlung belohnt wird (Prämie liegt dabei niedriger als Selbstbehalt)
- Rückerstattungstarife, die Versicherten eine Prämie garantieren, wenn sie ein Jahr lang keine Kosten zu Lasten der Kasse verursachen.

Langfristige Entscheidung. Achtung: Außer bei den Wahlтарifen zu besonderen Versorgungsformen gilt eine Bindungsfrist von drei Jahren. Die Krankenkassen sind jedoch verpflichtet, in ihren Satzungen Sonderkündigungsrechte in Härtefällen zu verankern. Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen (z.B. Arbeitslosengeldbezieher), dürfen nur pflichtmäßig angebotene Tarife wählen.

Gerade Selbstbehalt- und Rückerstattungstarife können sich für gesunde Versicherte als besonders at-



Vorsorge

ab 18
Zahnprophylaxe



Wichtige Checks

Gesetzliche Krankenkassen zahlen nicht nur regelmäßige Früh- und Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9 sowie J1), sondern auch altersabhängige Check-ups für Erwachsene.

Karieskontrolle,
Mundhygiene-Beratung,
Inspektion der Mundhöhle
Intervall: alle 6 Monate
Zielgruppe: Männer, Frauen

ab 20
Krebsvorsorge



Genitaluntersuchung mit
Untersuchung des Schleimhaut-
abstrichs auf Krebszellen
Intervall: jedes Jahr
Zielgruppe: Frauen

ab 30
Krebsvorsorge



Genitaluntersuchung mit
Untersuchung des Schleimhaut-
abstrichs auf Krebszellen,
Abtasten der Brust
Intervall: jedes Jahr
Zielgruppe: Frauen



Gymnastik: Fitness wird von vielen Kassen mit Sach- und Geldprämien belohnt

traktiv erweisen. Immerhin lassen sich bis zu 600 Euro Prämie kassieren, wenn der Gang zum Arzt vermieden wird. Bei der Kassenwahl sollten fitte Verbraucher daher nicht nur eine breite Palette an Wahlтарifen im Blick haben, sondern auch die Angebote der Versicherer in Sachen Prävention. Diese sind weit umfangreicher als die Kostenübernahme für Vorsorgeuntersuchungen.

Das zeigt das Beispiel der Barmer. So bezuschusst die Kasse mit Stammsitz in Wuppertal eine Reihe von Gesundheitskursen, die Versi-

Kassen mit den besten Wahl- und Bonustarifen

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	Barmer Ersatzkasse	01 85 00/95 20 00	barmer.de
1	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de
2	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
3	SBK	0 18 02/21 23 25	sbk.org
4	Hamburg Münchener Krankenkasse	0 18 02/00 12 34	hmk.info
4	IKK-Direkt	0 18 02/45 53 47	ikk-direkt.de
5	BKK futur	0 18 03/2 32 00 49 00	bkk-futur.de
5	Deutsche BKK	0 18 02/18 08 65	deutschebkk.de
5	Novitas Vereinigte BKK	0 18 02/21 31 41	novitas-bkk.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007

Quelle: FOCUS-MONEY



cherte an Volkshochschulen, Familienbildungsstätten oder anderen Einrichtungen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung oder Nichtrauchen absolvieren können. 80 Prozent der Gebühr, jedoch maximal 75 Euro werden übernommen. Über Zeiten und Veranstaltungsorte geeigneter Angebote wie Herz-Kreislauf-Training, Walking oder Yoga, die von den Präventionsexperten der Barmer auf Qualität geprüft wurden, informieren die Geschäftsstellen.

Wertvolle Punkte. Attraktive Sach- und Geldprämien versprechen Bonusprogramme für Erwachsene, Teens und Kids. „Aktiv Pluspunkte“ kann die ganze Familie mit der Teilnahme an den im gesetzlichen Katalog definierten Vorsorgeuntersuchungen (s. unten), an Impfungen oder der Mitgliedschaft im Sportverein sammeln und zum Beispiel gegen Sportgeräte tauschen. Wer äl-

ter als 18 ist und regelmäßig seinen Body-Mass-Index sowie Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterinwerte messen lässt und diese über zwölf Monate im Normbereich hält, wird mit 70 Euro belohnt.

Sport- und Technik-Fans lockt die Barmer ab Mitte 2008 mit einem mobilen Fitnessdienst. Ein Brustgurt funkt dabei per Bluetooth beim Joggen, Walken oder Radfahren Daten wie die Herzfrequenz und den Kalorienverbrauch ans Handy des Versicherten. Dort können die Werte nicht nur abgelesen und die Bewegung entsprechend angepasst werden. Nach dem Training sendet das Handy die Ergebnisse zur Analyse an ein extra eingerichtetes Webportal, wo ein neuer Trainingsplan erstellt und vom Nutzer abgerufen werden kann. Einzelheiten zu Preisen und Bestellmöglichkeiten gibt es unter <http://gesundaktivclub.barmer.de>

ab 35 Gesundheits-Check



Check auf Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus, Hautkrebs-Screening (ab 1.7.2008)
Intervall: alle zwei Jahre
Zielgruppe: Männer, Frauen

ab 45 Krebsvorsorge



Genitaluntersuchung, Abtasten der Prostata
Intervall: jedes Jahr
Zielgruppe: Männer

ab 50 Krebsvorsorge



Genitaluntersuchung, Dick-, Enddarm- und Hautkontrolle, Mammographie (nur Frauen), Test auf okkultes Blut im Stuhl
Intervall: jedes Jahr
Zielgruppe: Männer, Frauen

ab 55 Krebsvorsorge



Zusätzlich zur Krebsvorsorge Darmspiegelung (oder alle zwei Jahre Test auf Blut im Stuhl)
Intervall: einmalig (Wiederholung alle zehn Jahre)
Zielgruppe: Männer, Frauen



Natürlich heilen

Alternative Medizin wird immer beliebter und ergänzt klassische Mittel und Methoden. Auch die Kassen erkennen den Trend

Medizin ist mehr als eine reine Naturwissenschaft“, meint der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe. Eine Überzeugung, die viele seiner Kollegen teilen. „Die Diskussion um Schulmedizin versus Naturheilverfahren gehört der Vergangenheit an, der integrativen Medizin gehört die Zukunft“, sagt etwa Thorsten Doering. Das Credo des ärztlichen Direktors der Deutschen Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren (DEKIMED) im sächsischen Bad Elster ist auch bei den gesetzlichen Versicherungen auf Gehör gestoßen.

Gab es lange Jahre für Homöopathie & Co. keinen Cent, halten heute immer mehr alternative Heilmethoden Einzug in die Leistungsverzeichnisse der einzelnen Anbieter. Vier

Milliarden Euro wenden die Kassen derzeit für nicht schulmedizinische Verfahren auf, weitere fünf Milliarden zahlen die Patienten aus eigener Tasche, berichtet das „Ärzteblatt“.

Besser als Standard. Die Akupunktur hat es sogar schon in den gesetzlichen Katalog geschafft. Seit 1. Januar 2007 können sich Patienten mit chronischen Rücken- und Kniegelenkschmerzen ohne besonderen Antrag in bis zu zehn Sitzungen mit der traditionellen chinesischen Heilmethode behandeln lassen – in Ausnahmefällen auch öfter. Modellvorhaben haben gezeigt, dass die Akupunktur bei diesen Beschwerden besser wirkt als die übliche Standardbehandlung mit Medikamenten oder Krankengymnastik. Die Nadeln setzen dürfen allerdings nur ausgebildete Aku-

punkteure mit Zusatzqualifikationen in den Bereichen Schmerztherapie und Psychosomatik.

Die Kostenübernahme für andere alternative Medizinangebote indes variiert von Kasse zu Kasse. Der Katalog der Möglichkeiten ist jedoch groß und reicht von alternativen Krebstherapien über Homöopathie bis zu Osteopathie und Qigong-Kursen (s. Kasten rechts).

Im ambulanten Bereich etwa erhalten Kunden der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) Anamnese, Beratung und Behandlung bei ausgewählten Vertragsärzten, die eine anerkannte Zusatzausbildung in der homöopathischen Medizin absolviert haben, bis zu fünfmal im Jahr ganz normal über die Krankenversicherungskarte. Homöopathische

Echinacea: Immer mehr Menschen vertrauen auf die Heilkräfte natürlicher Mittel



Arzneimittel indes müssen selber gezahlt werden.

Gängig sind bei vielen Kassen auch Zuschüsse zu Kursen für alternative Entspannungs- und Bewegungstechniken. So zahlt etwa die Hamburg Münchener Krankenkasse zweimal pro Jahr bis zu 75 Euro für die Teilnahme an Seminaren etwa zur Progressiven Muskelentspannung (PME) oder zu Yoga.

Alternatives auf Station. Auch im stationären Bereich müssen Kassenpatienten nicht auf natürliche Heilansätze verzichten. Im Rahmen von Klinikaufenthalten etwa übernimmt die DAK auch osteopathische Behandlungen. Zudem kommt sie für die Kosten der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in der DEKIMED auf, die Vertragspartner der Versicherung ist. „Wir schicken unsere Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet nach Bad Elster“, betont DAK-Chef Herbert Rebscher. Die dort angewandten Naturheilverfahren wie Akupunktur oder Heilfasten sind keine Wahlleistungen, für die Versicherte selbst zahlen müssen, sondern gehören zum regulären Therapieumfang. Fällig ist allein die gesetzliche Zuzahlung für Rehabilitationskliniken von zehn Euro pro Tag, sofern keine Befreiung besteht.

Tipp: Wer als GKV-Mitglied auf alternative Heilmethoden schwört und entsprechende Ärzte aufsuchen möchte, sollte sich im Vorfeld einer Behandlung die Kostenübernahme bestätigen lassen – am besten schriftlich. ■

Alternativen zur Schulmedizin

Alternative Krebstherapien: Neben den Kosten für Operationen, Strahlen- oder Chemotherapien fördern einige Kassen alternative Behandlungsmethoden zur Bekämpfung von Krebs. Am häufigsten in Deutschland zum Einsatz kommen heute Mistelextrakte, die das Immunsystem stärken.

Anthroposophische Medizin: Sie versteht sich als erweiterte naturwissenschaftliche Medizin und richtet sich am Menschen und seinen seelisch-geistigen Bedürfnissen aus. Im Mittelpunkt steht die Beziehung zwischen Mensch und Natur. Zur anthroposophischen Behandlung gehören etwa neben dem intensiven Gespräch mit dem Arzt eine ausgewogene Ernährung, Musik- und Sprachtherapien.

Chirotherapie: ist die Kunst, mit Handgriffen zu heilen. Philosophie dieser Behandlungsmethode ist es, dass Rücken- oder Kopfschmerzen, Bluthochdruck oder Asthma auf einer Fehlstellung oder Blockade der Gelenke beruhen. Mit einem kleinen Ruck versuchen Chirotherapeuten, diese Blockaden im Körper zu lösen.

Elektrotherapie: Sie nutzt die Wirkung elektrischer Ströme auf den Organismus. Anwendungsgebiete liegen in der Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung und Tonisierung/Detonisierung der Muskulatur, etwa bei Ischias, Rheuma und Arthrose oder bei Muskelverspannungen.

Homöopathie: arbeitet mit hochgradig verdünnten Arzneien, die nach strengen Regeln aus pflanzlichen, tie-

rischen und mineralischen Grundstoffen gewonnen werden.

Hydrotherapie: Mit der auf Sebastian Kneipp beruhenden Methode werden neben den mechanischen Reizen des Wassers auf der Haut seine Eigenschaft als idealer Träger von Wärme und Kälte genutzt. Wesentlicher Bestandteil der Therapie sind kalte Bäder, Güsse und Saunagänge.

Osteopathie: Heilverfahren, das nur mit den Händen als Heilmittel arbeitet und sich mit Blockaden in Gelenken, Muskeln und Weichteilen befasst. Bewegungseinschränkungen etwa löst der Osteopath mit Grifftechniken wie sanften Berührungen, Druck und leichten Dehnungen.

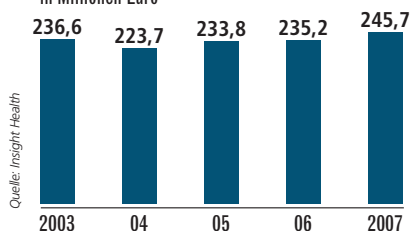
Phytotherapie (Heilen mit Pflanzen) ist eine der ältesten Therapieformen überhaupt. In Deutschland werden etwa 600 bis 700 Pflanzen zu medizinischen Zwecken genutzt. Pflanzliche Präparate können Kassenärzte entsprechend gesetzlicher Zuzahlungsregeln ihren Patienten verschreiben.

Qigong: Qi ist die Lebenskraft, die nach den Vorstellungen der chinesischen Medizin in Leitbahnen (sogenannte Meridiane) durch den Körper fließt. Ziel des Qigong ist es, mit bestimmten Bewegungen das Qi des Körpers nach innen zu richten und dort eventuelle Ungleichgewichte auszugleichen. Vor allem bei chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Beschwerden im Magen-Darm-Trakt, Asthma oder Rückenschmerzen kann Qigong helfen.

Steigende Beliebtheit

Die Ausgaben für homöopathische Mittel legen spürbar zu.

Umsätze für homöopathischen Arzneien in Millionen Euro



Kassen mit den besten Naturheilverfahren

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
1	Hamburg Münchener Krankenkasse	0 18 02/00 12 34	hmk.info
2	Securvita BKK	0 18 02/24 26 27	securvita.de
3	SBK	0 18 02/21 23 25	sbk.org
4	Barmer Ersatzkasse	01 85 00/95 20 00	barmer.de
4	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de
5	KKH - Kaufmännische Krankenkasse	0 18 03/55 44 99	kkh.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007

Quelle: FOCUS-MONEY





Baby: Spezielle Tests helfen, Frühgeburten zu vermeiden

Testen für die Zukunft

In modellhaften Projekten testen die Kassen neue Behandlungs- und Organisationsformen. Versicherte können freiwillig mitmachen

Diagnostik, Heilmethoden und Technik in der Medizin haben sich im Laufe der vergangenen fünf Jahrzehnte enorm erweitert. 1956 etwa wurde in Deutschland das erste künstliche Hüftgelenk implantiert. Heute ist die Operation mit mehr als 220 000 Eingriffen jährlich eine Routine-OP. 1969 legten Ärzte erstmals einen koronaren Bypass. Aktuell werden bei rund 115 000 Patienten im Jahr verengte Herzkranzgefäße überbrückt, um die ausreichende Blutversorgung des Herzmuskels wiederherzustellen. Die Innovationen helfen, Leben zu retten, zu verlängern und die Lebensqualität der Bürger zu steigern. Sie haben aber auch ihren Preis. Allein die Kosten für die Bypass- und Hüftgelenkoperationen summieren sich auf mehr als drei Milliarden Euro per annum.

Die Versorgung zu optimieren und dabei die Kosten für die Krankenversicherung im Zaum zu halten ist kein leichtes Unterfangen. Zur Weiterentwicklung der Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems räumt der Gesetzgeber daher den Krankenkassen die Möglichkeit ein, Modellvorhaben aufzulegen und dabei neue Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen zu testen.

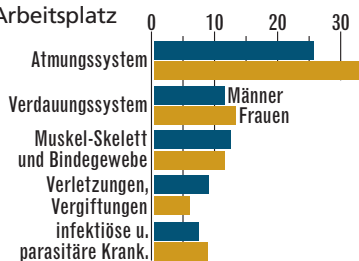
Meist sind die Angebote zeitlich und räumlich begrenzt, so dass sich nicht alle Versicherten dafür anmelden können. Werden im Rahmen eines Vorhabens Einsparungen erzielt, dürfen die Kassen diese an teilnehmende Versicherte weitergeben. Das Spektrum reicht von Projekten zur ambulanten Kinderchirurgie über Frühgeburtenvorbeugung bis zu Schmerztherapien (s. Kasten).

Akte im Web. Auch EDV-Projekte sind möglich. Die Barmer zum Beispiel erprobt in einem drei Jahre lang laufenden Forschungsvorhaben eine elektronische Patientenakte. Versicherte können dabei auf einer gesicherten Internet-Seite persönliche Informationen wie Untersuchungsbefunde oder Angaben zu Blutgruppe oder vorhandenen Allergien hinterlegen und verwalten. Behandelnden Ärzten können sie Zugriff auf die Akte gewähren, so dass sich die Mediziner in Therapiefragen besser abstimmen können. Das funktioniert dank Internet natürlich auch im Ausland, so dass zum Beispiel auch ein Arzt im Urlaub Zugriff auf die Daten hat. Weiteres elektronisches Plus: der Medikamenten-Check. Er weist auf mögliche Wechselwirkungen von verwendeten Arzneimitteln hin. ■

Anfällige Atmung

Häufigste Ursache für ein Fehlen am Arbeitsplatz sind Erkrankungen der Atmungsorgane.

Arbeitsunfähigkeit nach Erkrankung je 100 Versicherungsjahren



Kassen mit den besten Modellverfahren

Rang ¹⁾	Kasse	Telefon	Website (www.)
1	Barmer Ersatzkasse	01 85 00/95 20 00	barmer.de
1	DAK	0 18 01/32 53 25	dak.de
2	Hamburg Münchener Krankenk.	0 18 02/00 12 34	hmk.info
3	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de
4	KKH - Kaufmännische Krankenk.	0 18 03/55 44 99	kkh.de
5	BKK Gildemeister Seidensticker	08 00/0 25 52 55	bkkgilsei.de

¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 48/2007

Quelle: FOCUS-MONEY



Ausgewählte innovative Verfahren

Zahlreiche prophylaktische und therapeutische Maßnahmen werden derzeit in modellhaften Projekten erprobt. Eine Auswahl

Ambulante Operationen: Bei rund 400 Erkrankungen (u.a. Leistenbruch, Krampfadern, Grauer Star) wird heute in einer Praxis oder einem Krankenhaus operiert, ohne dass der Patient über Nacht bleiben muss. Vorteile: Es treten selten Wundinfektionen auf, der kurze Aufenthalt verringert die Gefahr einer Infektion mit Krankenhauskeimen, und in der gewohnten Umgebung genesen Betroffene meist schneller als in der Klinik.

Ambulante Kinderchirurgie: Ohne einen Klinikaufenthalt werden etwa Hodenhochstände, Nasenpolypen, Leistenbrüche und Vorhautverengungen operiert.

Vermeidung von Frühgeburten: Häufige Ursache von Frühgeburten sind bakterielle Infekte in der Vagina. Mittels regelmäßiger pH-Selbstmessung erkennen Schwangere drohende Infektionen frühzeitig. Die Kasse zahlt hierfür erhältliche Testhandschuhe.

Schlaganfall-Versorgung: Nach der Akutbehandlung betreut eine Krankenschwester Patienten zu Hause. Sie beobachtet deren Zustand und regt weitere Therapien in Abstimmung mit Klinik- und Hausarzt an.

Osteoporose-Vorbeugung: Vom Knochenschwund (Osteoporose) betroffen sind in erster Linie Frauen während und nach den Wechseljahren. Mit Programmen zur gesunden Ernährung, viel Sport und einer indivi-

duellen Therapie u.a. mit Kalzitinin wird schweren Knochenbrüchen vorgebeugt.

Tinnitus-Versorgung: Zur Minderung von Ohrgeräuschen, die nicht von äußeren Schallquellen herrühren, wird in ambulanten Therapien die Leistungsfähigkeit Betroffener gesteigert und ihnen Entspannungsverfahren beigebracht.

Tumorbehandlung: Die Kassen kooperieren mit Kliniken, die sich auf die Radiochirurgie spezialisiert haben und mit dieser Methode Gehirn-, Wirbelsäulen- sowie Lungen- und Lebertumoren behandeln.

Gestationsdiabetes-Screening: Bei gesunden Frauen kann während der Schwangerschaft ein Diabetes auftreten, der sogenannte Gestationsdiabetes. Dieser erhöht das Risiko einer Fehlgeburt und von Komplikationen bei der Geburt. Tests zeigen frühzeitig eine gestörte Glukosetoleranz an.

Hämochromatose-Screening: Ursache dieser erblichen Stoffwechselstörung, bei der im Körper zu viel Eisen gespeichert wird, ist ein Gen der Leber. Hämochromatose gehört in Deutschland zu den häufigsten genetischen Erkrankungen und kann zu Leber- und Herzschäden sowie Diabetes führen.

Hautkrebs-Screening: Ein Hautarzt untersucht mit einem Haut- oder Auflichtmikroskop den ganzen Körper des

Patienten auf verdächtige Pigmentveränderungen.

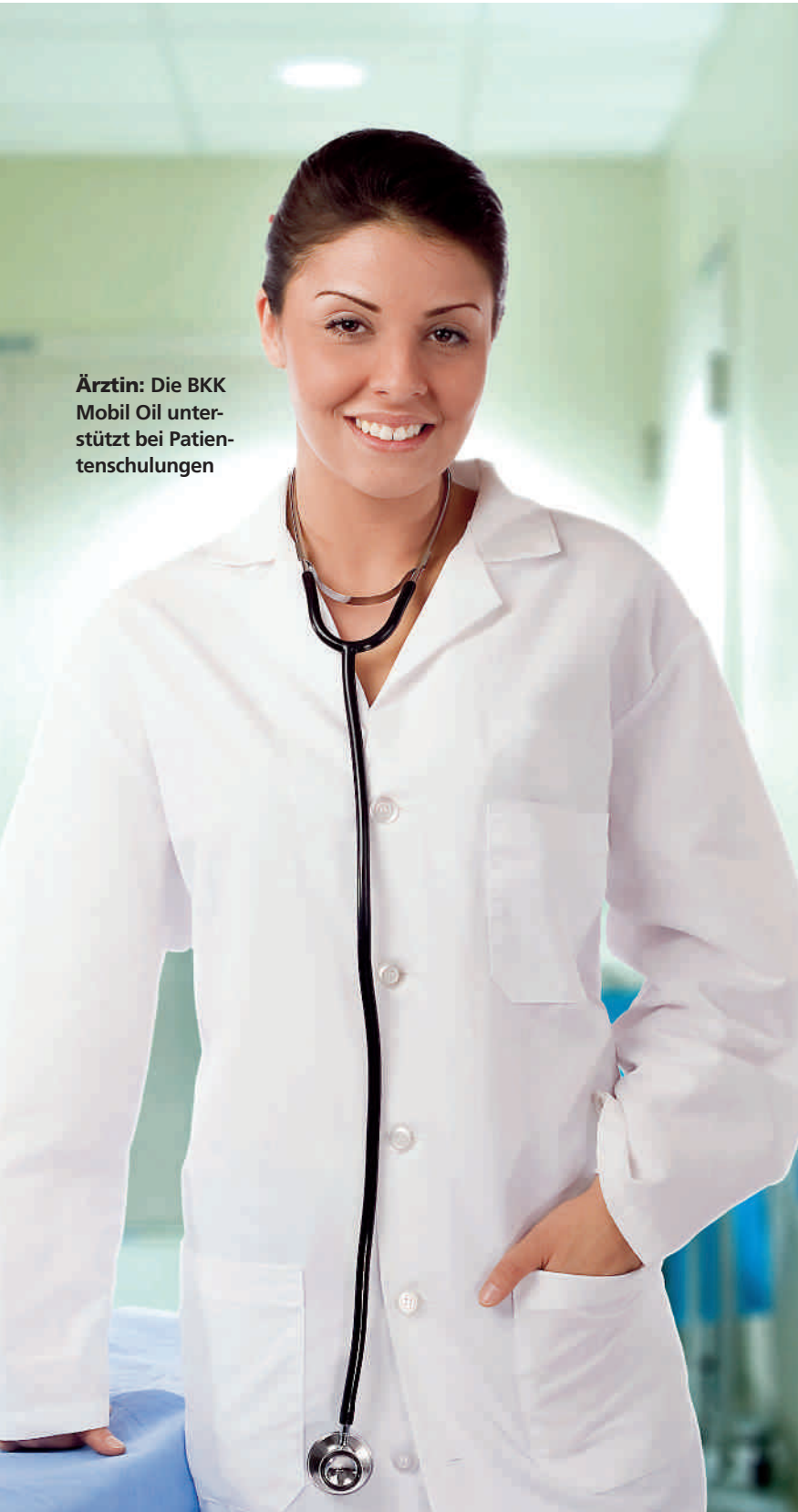
Koronar-Restenosen-Vermeidung: Ein mit einem Antibiotikum beschichteter Stent gibt seinen Wirkstoff über Wochen hinweg an das Herzkranzgewebe ab, unterdrückt so unkontrollierte Zellwucherungen und verhindert damit neue Verengungen.

Neurodermitis-Schulungen: Seminare sollen Patienten helfen, die von Rötung und Schuppung befallene Haut optimal zu pflegen, was die Lebensqualität verbessert und Therapiewechsel überflüssig macht.

Spezielle Schmerztherapien: Patienten etwa mit starken Kopf- und Rückenschmerzen werden mit Akupunktur behandelt und mit Entspannungstechniken wie autogenem Training vertraut gemacht.

Pflegeversicherung-Weiterentwicklung: In der modellhaften Erprobung werden neue Versorgungsstrukturen erprobt, insbesondere der Ausbau eines engmaschigen Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen.

Ferndiagnose: Diabetiker beispielsweise erhalten ein Langzeit-Messgerät, das über drei Tage die Blutzuckerwerte aufzeichnet. Die Daten leitet der Hausarzt an ein telemedizinisches Beratungsteam weiter, das die Informationen auswertet und die optimale Diabeseinstellung ermittelt.



Ärztin: Die BKK Mobil Oil unterstützt bei Patientenschulungen

Faire Partner

Wenn Arzt und
Krankenkasse sich gut
verstehen, profitieren
auch die Versicherten

Die Diskussion um die 2-Klassen-Medizin in Deutschland hat wieder Konjunktur. Eine Anfang April veröffentlichte Studie der Universität Köln förderte zu Tage, dass Kassenpatienten im Schnitt dreimal länger auf einen Termin beim Facharzt warten als Privatversicherte. Auch wenn es GKV-Mitglieder durchaus gewohnt sind, sich für einen Besuch bei einem spezialisierten Mediziner einige Tage anstellen zu müssen (s. Grafik rechts), die Ungleichbehandlung verärgert. Die Ärzte freilich wollen den Vorwurf nicht auf sich sitzen lassen. „Die Kolleginnen und Kollegen vergeben Termine unter medizinischem Gesichtspunkt, unabhängig davon, wie der Patient krankenversichert ist“, erklärt Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Die Erfahrung in der Praxis indes bleibt vielfach eine andere. Und das nicht nur beim Vergleich von privat zu gesetzlich Versicherten. Auch innerhalb der GKV kam es in der Vergangenheit zu Fällen etwa in Berlin und Hamburg, bei denen Mitglieder preiswerter Betriebskrankenkassen lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten oder vom Arzt nur widerwillig behandelt wurden. Das Argument der Mediziner für ihr Verhalten: Mit den Pauschalbeträgen der Billigkassen könne keine ansprechende Versorgung bezahlt werden. Denn auch wenn in der gesetzlichen Versicherung der Leistungskatalog zu 95 Prozent bei allen Anbietern

identisch ist, überweisen die Kassen unterschiedliche Beträge je Mitglied und Quartal an die kassenärztlichen Vereinigungen, die davon wiederum die Honorare für die Ärzte begleichen. Die Pauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob das Mitglied im Quartal Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht, und berechnen sich aus den Ausgabewerten der Vergangenheit. Die Formel führt dazu, dass wenn die Versicherten einer Kasse selten zum Arzt gehen, die Pauschale relativ gering ausfällt.

Unerlaubter Nachteil. Die Ungleichbehandlung ist natürlich unstatthaft und sollte – so sie auftritt – sofort bei der Versicherung und der Kassenärztlichen Vereinigung reklamiert werden. Dennoch: Bestimmte Kassen sind bei der Ärzteschaft besser gelitten als andere, denn sie zeigen sich zum Beispiel besonders unbürokratisch oder kulant bei der Beantragung von Leistungen. Am Ende profitiert davon auch der Versicherte.

FOCUS-MONEY befragte 500 niedergelassene Allgemeinärzte und Internisten nach ihren „Lieblingen“. Mit auf der Top-Liste: die BKK Mobil Oil. „Wir legen großen Wert auf einen engen Kontakt und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Ärzten“, betont der Vorstandsvorsitzende Jan Bollhorn. Die Versicherung mit Hauptsitz im niedersächsischen Celle hat sich einen besonders ser-

viceorientierten und weitgehend unbürokratischen Umgang mit den Medizinern auf die Fahnen geschrieben. Anträge werden rasch bearbeitet und die gesetzlich zulässigen Entscheidungsmöglichkeiten zu Gunsten der Versicherten ausgeschöpft. Darüber hinaus berät die BKK Mobil Oil Ärzte, wenn diese Kurse zum Thema Prävention oder Patientenschulungen veranstalten wollen.

Ein besonderes Projekt hat die Kasse mit der Ärzteschaft zum Thema Suchtkrankheiten und Medikamentenmissbrauch ins Leben gerufen. Zusammen versuchen die Partner Patienten aufzuspüren, die sich unverhältnismäßig häufig bei Spezialisten derselben Fachrichtung untersuchen lassen oder die sich unvernünftige Mengen an Medikamenten verschaffen. Das bewahrt nicht nur die Betroffenen vor gesundheitlichen Schäden, sondern reduziert auch die Kosten für die Gemeinschaft der Versicherten.

Geprüfte Effizienz. Der sparsame Umgang mit Versichertenbeiträgen wird bei der BKK Mobil Oil ohnehin betont. „Durch moderne Systemtechnologie halten wir unseren Verwaltungsaufwand sehr niedrig“, erklärt Kassen-Chef Bollhorn. Der Lohn: Als einzige Krankenkasse, die sich freiwillig hat testen lassen, wurden die Celler vom TÜV mit dem Zertifikat „Geprüfte Beitragseffizienz“ ausgezeichnet. ■

Top-Kassen aus Ärztesicht¹⁾

Kasse	Telefon	Website (www.)
Bahn BKK	08 00/224 62 55	bahn-bkk.de
BIG direkt	08 00/54 56 54 56	big-direkt.de
BKK für Heilberufe	08 00/0 80 01 11	bkk-heilberufe.de
BKK Mobil Oil	08 00/2 55 08 00	bkk-mobil-oil.de
GEK	08 00/4 35 46 36	gek.de
Hamburg Münchener Krankenk.	0 18 02/00 12 34	hmk.info
KKH	0 18 03/55 44 99	kkh.de
SBK	0 18 02/21 23 25	sbk.org
Signal Iduna BKK	08 00/4 38 62 25	signal-iduna-bkk.de
Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de

Rangfolge alphabetisch; ¹⁾im FOCUS-MONEY-Test 50/2006

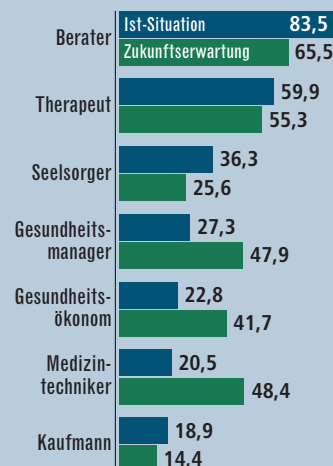
Quelle: FOCUS-MONEY



Funktion im Wandel

Die Funktion des Arztes wird zunehmend die eines Gesundheitsmanagers – das erwarten die Patienten. Beratung und Therapie verlieren an Bedeutung.

Wie würden Sie Ihren behandelnden Arzt beschreiben? in Prozent



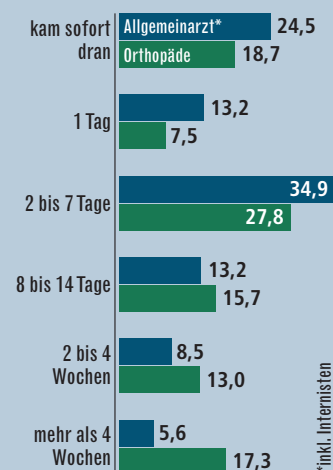
Quelle: IFEG

In der Warteschleife

Kommen GKV-Patienten beim Hausarzt noch recht schnell an einen Termin, müssen beim Fachmediziner mehr Patienten länger warten.

Wie lange mussten Sie auf einen Termin warten?

in Prozent, bei akuten Beschwerden



Quelle: WIdO



Brille: Die Kasse zahlt nur noch bei starker Sehschwäche



Mehr Komfort

Der Gesundheitsschutz lässt sich mit privaten Zusatzpolicen aufpeppen. Welche Extras offeriert werden

Der Leistungskatalog der GKV ist nicht in Stein gemeißelt. Im Lauf der letzten Jahre wurde er immer wieder ausgedünnt. Zwar gilt nach wie vor, dass die Kassen im Ernstfall die Kosten für alle medizinisch notwendigen Maßnahmen tragen. First-Class-Komfort und die Finanzierung aller medizinischen Heil- und Hilfsmittel dürfen Versicherte jedoch nicht erwarten. Zu den jüngsten Einschränkungen etwa gehört die Streichung von Zuschüssen zu Sehhilfen für Erwachsene sowie der Übernahme von Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arznei für Personen ab 13 Jahren. Parallel wurden die Zuzahlungspflichten zum Beispiel bei Praxisbesuchen erweitert.

Vielen Versicherten reicht der gesetzliche Schutz nicht mehr aus. Sie schließen daher Zusatzversicherungen ab. Die Palette der offerierten Policen ist groß. Sie decken entweder nur einzelne Teilbereiche ab oder umfassen mehrere Leistungsgebiete. So können sich Ver-

sicherte etwa mit Produkten für stationäre Behandlungen die Unterbringung in 1- oder 2-Bett-Zimmern, eine Behandlung durch Privat- und Chefärzte oder auch eine freie Klinikwahl sichern. In Policen für ambulante Maßnahmen sind Zahlungen für Zahnersatz, Behandlungen beim Heilpraktiker oder Zuschüsse für Brillen und Kontaktlinsen abgesichert. Gängig sind auch Krankentagegeld-Versicherungen, die vor Einkommensverlusten bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit schützen.

Risikozuschläge. Die Kosten für Zusatzpolicen richten sich nach Umfang des Schutzes sowie persönlichen Risikomerkmale. Neben Alter und Geschlecht sind dies bestehende Erkrankungen oder familiäre Vorbelastungen. Die Risiken schlagen sich entsprechend in Aufschlägen bei der Prämie nieder, oder die Assekuranz schließt Behandlungen, die von Erkrankungen vor Versicherungsbeginn herrühren, vom Versicherungsschutz aus.

GKV-Versicherte sollten vor Abschluss einer Police in jedem Fall bei ihrer Kasse nachfragen, ob diese einen Vertrag mit einem privaten Versicherer abgeschlossen hat. Die im Rahmen solcher Kooperationen ausgehandelten Rabatte werden in Form günstigerer Beiträge an Kunden weitergegeben. So kann der Zusatzschutz preiswerter ausfallen als vergleichbare Angebote nicht kooperierender Anbieter.

Exklusiv-Angebote. Zudem schnüren die Kassen mit ihren Partnern mitunter Pakete, die es in dieser Zusammenstellung nur für Mitglieder gibt. So offeriert etwa die BKK Mobil Oil zusammen mit der Versicherungsgruppe Deutscher Ring drei Policen, die es auf dem Markt so nicht zu kaufen gibt. Der Tarif „StartUp“ umfasst die Teilkostenübernahme für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, Zahnersatz und Auslandskranken-schutz. „TopTeam“ sichert Extraleistungen für die Bereiche Sehhilfen, Krankenhausaufenthalte und Naturheilkunde. „KidsGo“ schließlich vereint den Tarif StartUp oder TopTeam mit dem Element „Clinic+“. Es sichert Kindern die Behandlung im Krankenhaus wie Privatpatienten mit Unterbringung im 1- oder 2-BettZ

immer, Chefarztbehandlung sowie Unterbringung eines Elternteils in der Klinik bei Kindern, die jünger als zehn Jahre sind. ■



Danke, Danke, Danke! Deutschlands Ärzte haben die BKK MOBIL OIL zu Doktors Liebling gewählt (Focus Money Journal 8/2007). Zum Beispiel wegen außergewöhnlichem Service und geringer Bürokratie. Wechseln Sie jetzt: Unsere Leistungen zum günstigen Beitragssatz von nur 12,9 % werden auch Ihnen schmecken.

Jetzt informieren und wechseln:
0800 2550800 oder www.bkk-mobil-oil.de

Mobil

BETRIEBSKRANKENKASSE MOBIL OIL





Unternehmen Leben



Gesund leben. Doppelt profitieren.

Die DAK, Deutschlands innovativer Krankenversicherer, bietet ausgezeichnete Angebote, die Freude bereiten: zum Beispiel Tarife, die Gesundheitsvorsorge belohnen. Denn wir wollen, dass Sie Ihr Leben lieben. Jederzeit.

www.dak.de/probalance



ICH
LIEBE
MEIN
LEBEN