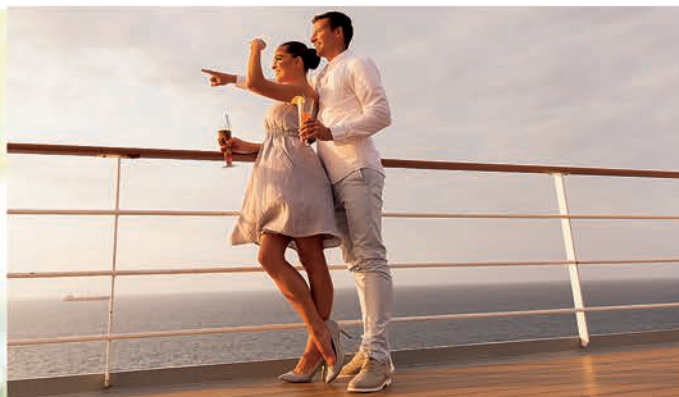




Der große **Kassen** Guide

**Die besten Versicherungen
für Anspruchsvolle,
Sportler, aktive Ältere,
Preisbewusste,
Selbstständige, Familien,
junge Leute und Anhänger
der Alternativmedizin**



BARMER



Es müsste einen Trick geben,
mit dem man besser einschläft.

Gedacht, gemacht:

Der BARMER Schlafenszeit-Skill.

Mit dem BARMER Schlafenszeit-Skill für Amazon Echo kannst du jeden Abend besser abschalten. Mehr Infos unter: barmer.de/schlafenszeit



Frank Pöpsel,
Chefredakteur



Ja zum Wettbewerb

Mehr als 100 gesetzliche Krankenkassen gibt es in Deutschland. 82 davon sind für die Allgemeinheit geöffnet, weitere 28 nehmen nur besondere Berufsgruppen oder Mitarbeiter bestimmter Unternehmen als Mitglieder auf. Sind das zu viele? Kritiker sagen, auch ein Viertel davon würde ausreichen für einen ordentlichen Wettbewerb. Im Jahr 2000 gab es noch 420, fünf Jahre zuvor sogar noch mehr als 900 Kassen hierzulande. Der Markt ist also schon ordentlich zusammengeschumpft. Weitere Fusionen werden ganz sicher kommen. Tatsächlich stehen ja auch nicht jedem GKV-Versicherten alle Kassen offen. Bei vielen beschränkt sich das Geschäftsgebiet auf wenige Bundesländer oder nur ein Bundesland.

Ich persönlich habe grundsätzlich lieber mehr als weniger Auswahl. Natürlich ist Gesundheit kein hundertprozentig marktfähiges Gut. Deshalb gibt es das Solidarprinzip in der GKV. Aber ich bin überzeugt, dass über den Wettstreit um Kunden eine Verbesserung der Versorgung für die Versicherten erzielt werden kann. Elementar ist dabei die Transparenz, damit die Kunden die Unterschiede auch wirklich erkennen und eine gezielte Wahl für sich treffen können. Daran arbeiten wir bei FOCUS-MONEY seit vielen Jahren mit Deutschlands aufwendigstem und größtem Krankenkassen-Test und auch wieder mit der Neuauflage des Kassen-Guides. Geben Sie sich nicht mit irgendeiner Versicherung zufrieden, sondern suchen Sie diejenige, die am besten zu Ihren Bedürfnissen passt.

Jhr Frank Pöpsel

Inhalt

Bestens versorgt

4

Der Bundesgesundheitsminister hat der Zweiklassenmedizin den Kampf angesagt. Aber gibt es die überhaupt? Auch Kassenpatienten können auf eine hochwertige Versorgung vertrauen.

Die GKV von A bis Z

6

Hintergründe und Wissenswertes rund um das gesetzliche Krankenversicherungssystem von A wie Arztwahl bis Z wie Zuzahlungen

So entsteht der Kassenguide

10

Anhand welcher Daten und Kriterien FOCUS-MONEY und das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) die passenden Kassen für acht beispielhafte Versichertentypen ermittelt haben

Passende Kassen

12

Die besten gesetzlichen Krankenversicherungen für Familien, Sportler, junge Leute, Alternativmedizin-Anhänger, Preisbewusste, aktive Ältere, Selbstständige und Anspruchsvolle

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 & Co. KG, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Datenschutzanfrage: 0781-6396100, Fax: 0781-639 6101;

E-Mail: focus@datenschutzanfrage.de

Stand: 5/2018

Den passgenauen **Partner finden**



Zweiklassenmedizin? Auch GKV-Versicherte werden im Ernstfall auf hohem medizinischem Niveau versorgt – und mit der passenden Kasse sogar noch besser



Über mangelnde Presse kann sich Jens Spahn nicht beklagen. Ob er sich zur Angemessenheit der sozialen Sicherung in Deutschland äußert, Abtreibungen oder die vermeintlich mangelnde Fähigkeit des Staates, Recht durchzusetzen – stets ist dem CDU-Mann ein ordentliches Echo in den Medien sicher. Schließlich eckt der meinungsfreudige Spahn gern an. Und er wird, das muss man ehrlicherweise konstatieren, von Journalisten und politischen Gegnern auch gerne mal verkürzt und zugespitzt wiedergegeben und entsprechend über Gebühr attackiert.

Auch in seiner Funktion als neuer Bundesgesundheitsminister hat der gebürtige Nordrhein-Westfale schon für Wellen gesorgt. So hat er für die laufende Legislaturperiode die seit vielen Jahren heiß diskutierte Zweiklassenmedizin ganz oben auf die Agenda seines Ressorts gesetzt – um gleich nachzuschieben, dass er die Ungleichbehandlung von Patienten gesetzlicher und privater Krankenversicherungen mehr für ein gefühltes als für ein tatsächliches Problem halte.

Klingt mal wieder recht provokant. Aber liegt er da weit neben der Realität? Keine Frage: Für Privat- und Kassenpatienten gelten an vielen Stellen unterschiedliche Regeln. So werden etwa Ärzte für die Behandlung Privatversicherter besser vergütet als für die Behandlung gesetzlich Versicherter. Das verschafft Ersteren in der Praxis leichte Vorzüge bei der Terminvergabe. Laut einer Umfrage im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von 2017 bekamen 27 Prozent der GKV-Versicherten bei ihrem letzten Arztbesuch sofort einen Termin. Bei

den PKV-Kunden waren es 30 Prozent. 28 Prozent der Kassenpatienten mussten drei oder mehr Wochen warten, unter den PKV-Patienten traf das auf 26 Prozent zu.

Abhängig vom gewählten Versicherungstarif, genießen Privatversicherte darüber hinaus etwa bei Klinikaufenthalten das Privileg, im Ein- oder Zweibettzimmer untergebracht und vom Chefarzt behandelt zu werden oder üppige Zuschüsse zum Zahnersatz zu bekommen. GKV-Patienten stehen unterdessen nur ein Mehrbettzimmer, der jeweils diensthabende Arzt und beim Zahnersatz ein Zuschuss in Höhe der Hälfte der Regelversorgung zu. Für die Premium-Absicherung zahlen Privatversicherte allerdings mitunter auch saftige Prämien. In der GKV sind die Beiträge dagegen vom Einkommen abhängig. Dafür sind an vielen Stellen Zuzahlungen obligatorisch. In der PKV sind Selbstbehalte vertragsabhängig.

Bei der konkreten medizinischen Behandlung jedoch lassen sich kaum Unterschiede ausmachen: Beiden Gruppen werden in aller Regel die gleichen Medikamente verordnet, sie erhalten den gleichen Impfstoff zur Immunisierung gegen Masern & Co., bekommen Knochenbrüche mit den gleichen Methoden gerichtet oder fahren für eine Computertomografie in die gleichen Röhren. Privatversicherte haben dabei im Zweifel nur die größere Auswahl bei den Dienstleistern, weil ihnen auch reine Privatpraxen und -kliniken offenstehen.

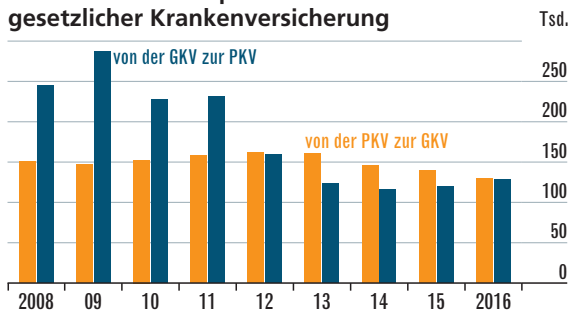
Ernsthafte Bedenken, nicht nach allen Regeln der medizinischen Kunst und technisch auf der Höhe der Zeit versorgt zu werden und alle notwendigen und sinnvollen Behandlungen zu bekommen, muss hierzulande kein Patient haben. Das sieht auch die überwältigende Mehrheit der Bürger so. Laut dem Gesundheitsreports 2016 des Finanzdienstleisters MLP bewerten 82 Prozent der Bürger ab 16 Jahren das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung in Deutschland mit „gut“ bis „sehr gut“. 2008 sagten das nur 59 Prozent. Ein weiteres Indiz, dass die Zweiklassenmedizin zumindest in jüngster Zeit kein dramatischer Missstand ist, sind die Wechselbewegungen zwischen den privaten und gesetzlichen Versicherungen. Seit 2012 verließen mehr Versicherte die PKV in Richtung GKV als umgekehrt (s. Grafik unten).

Und außerdem gilt: Mit der Wahl der richtigen Kasse lässt sich auch für gesetzlich Versicherte der Schutz für den Krankheitsfall noch mal optimieren und auf den persönlichen Bedarf abstimmen. Denn über den gesetzlichen Standardkatalog hinaus gibt es reichlich Freiraum, ergänzende und zusätzliche Leistungen anzubieten. Für acht beispielhafte Versicherungstypen finden Sie im vorliegenden Heft die am besten passenden Anbieter. ●

Umgekehrte Wanderung

Jahrelang verlor die GKV per saldo Mitglieder an die PKV. 2012 kehrte sich der Trend um. Aktuell ist die Wanderung nahezu ausgeglichen.

Wechsel zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung



Quellen: PKV, vdek

Kleines Abc der gesetzlichen **Krankenversicherung**

Arztwahl

Gesetzlich Versicherte können zwischen allen Ärzten frei wählen, die eine allgemeine Kassenzulassung besitzen. Das schließt auch Fachärzte ein, mit Ausnahme von Radiologen (etwa für Röntgen), für die eine Überweisung erforderlich ist. Wer in einen sogenannten Hausarztvertrag eingeschrieben ist und den Arzt als Lotsen im System nutzt, muss zunächst zu seinem Hausarzt gehen, der ihn dann gegebenenfalls weiterüberweist.

Beitrag

Der allgemeine Beitragssatz in der GKV beläuft sich derzeit auf 14,6 Prozent vom beitragspflichtigen Brutto, wobei bei Angestellten der Arbeitgeber die Hälfte trägt. Der ermäßigte Beitrag ohne Anspruch auf Krankengeld beläuft sich auf 14,0 Prozent. Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, den allein das Mitglied zahlt. Er liegt im Mittel derzeit bei 1,0 Prozent. Beiträge sind 2018 auf Einkommen bis zu einer Höhe von 4425 Euro zu entrichten.

Chronikerregelung

Für Menschen mit einer schwer wiegenden chronischen Erkrankung sind die Zuzahlungen für Arzneimittel und andere medizinische Leistungen auf ein Prozent des Bruttoeinkommens im Jahr gedeckelt. Gleiches gilt für Chroniker, die an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) teilnehmen. Wer nach dem 1. April 1972 geboren wurde und keine regelmäßige Teilnahme an Gesundheitsbeziehungsweise Früherkennungsforschungen in einem Präventionspass nachweisen kann, fällt unter die normale Belastungsgrenze von zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Direktverträge

Kassen und einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern (z.B. Arztnetze und medizinische Versorgungseinrichtungen) können direkte Verträge miteinander abschließen. Versicherte können über diese Selektivverträge Zugang zu besonderen Einrichtungen oder innovativen Behandlungsmethoden erhalten, die nicht allen GKV-Versicherten offenstehen.

Europäische Krankenversicherungskarte

Mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) können gesetzlich Krankenversicherte bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch nehmen. Der gewählte Arzt muss berechtigt sein, im nationalen System des Reiselands die Behandlung auch abrechnen zu können. Je nach Land können auch Zuzahlungen und Eigenanteile anfallen. Die EHIC befindet sich auf der Rückseite der Krankenversichertenkarte.

Familienversicherung

Anders als in der PKV, wo jeder Versicherte einen eigenen Vertrag benötigt und Beiträge zahlt, können in der GKV Ehe- oder Lebenspartner und Kinder beitragsfrei mitversichert werden. Voraussetzung ist, dass sie kein regelmäßiges Gesamteinkommen haben, das 435 Euro (Wert 2018) überschreitet. Haben sie einen Minijob, können sie 450 Euro dazuverdienen. Kinder können bis zum 25. Geburtstag familienversichert sein, wenn sie noch zur Schule gehen, eine Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt machen, studieren oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr absolvieren.

Gebührenordnung

GKV-Versicherte erhalten medizinische Leistungen gegen die Vorlage ihrer Versichertenkarte als sogenannte Sachleistungen. Was der Arzt oder die Klinik abrechnet, bekommen sie nicht mit. Nur wenn privatärztliche Leistungen abgerechnet werden (z.B. bei Zahnersatzmaßnahmen), kommen sie daher mit den Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) in Berührung. In der GOÄ und GOZ werden die Leistungen von Ärzten und Zahnärzten in Punktzahlen bewertet. Der Wert eines Punktes ist dort ebenfalls in Cent festgelegt. Die Abrechnung erfolgt in der Regel mit dem 2,3-fachen des Punktwerts, wobei in begründeten Ausnahmefällen auch höhere Hebesätze (meist das 3,5-fache) erhoben werden können.

Heil- und Hilfsmittel

Lassen Sie sich nicht täuschen, dass beide Begriffe nach Gegenständen klingen. Bei Hilfsmitteln trifft das zu. Dahinter verbergen sich Mittel, mit deren Hilfe durch Krankheit oder Behinderung bedingte Einschränkungen kompensiert werden sollen, wie etwa Hör- und Sehhilfen, Rollstühle oder Prothesen, aber auch Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte. In der Regel verordnen Ärzte Hilfsmittel, gesetzlich Versicherte können die Mittel aber auch ohne Rezept direkt bei ihrer Krankenkasse beantragen.

Heilmittel indes sind ärztlich verordnete medizinische Leistungen, die von entsprechend ausgebildeten Fachkräften erbracht werden, wie Krankengymnastik und Sprachtherapien. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln müssen Heilmittel immer von einem Arzt verordnet werden, damit die Krankenkassen die Kosten übernehmen.

Welche Heil- und Hilfsmittel zu Lasten der Kasse erbracht werden können, listen der Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA sowie das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands auf.

IGeL-Leistungen

Die Abkürzung steht für Individuelle Gesundheitsleistungen. Dahinter verbergen sich alle Leistungen, die nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören und die die Kasse nicht zahlen muss, wie etwa Reisechutzimpfungen, Akupunktur, Glaukom-Früherkennung oder die Bestimmung des PSA-Werts zur Prostatakrebs-Früherkennung. Mitunter können IGeL allerdings auch als Satzungsleistungen von der Kasse übernommen werden. Der Arzt muss die Privatleistung nach der GOÄ berechnen. Welche ergänzenden Leistungen sinnvoll und nützlich sind, ist nicht immer leicht zu bewerten und liegt auch im persönlichen Ermessen. Der IGeL-Monitor (www.igel-monitor.de) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. gibt Hilfestellung.

Leistungskatalog

Die Leistungen, die von jeder Kasse verbindlich für alle Versicherten in der GKV erbracht werden müssen (rund 90–95 Prozent aller Leistungen), sind im 5. Sozialgesetzbuch festgeschrieben bzw. werden vom GBA (s. Heil- und Hilfsmittel) in Form von Richtlinien festgelegt. Darüber hinaus hat jede Kasse die Möglichkeit, freiwillig Angebote (im Rahmen der geltenden Gesetze) in ihre Satzung aufzunehmen, die bestehende Leistungen ergänzen oder zusätzlich angeboten werden, und sich so im Wettbewerb zu differenzieren.

Jahresarbeitsentgeltgrenze

Sie definiert die Einkommensgrenze, ab der Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert sind, sondern wählen können, ob sie sich freiwillig in der GKV anmelden oder eine private Krankenvollversicherung abschließen. 2018 liegt die Grenze bei 59400 Euro im Jahr (4950 Euro im Monat).

Kassenwechsel

Wer 18 Monate bei seiner Kasse versichert ist, kann diese mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen und zu einem anderen Anbieter wechseln. Offen stehen alle Kassen, die im Bundesland des Wohnorts oder des Arbeitsorts des Mitglieds für die Allgemeinheit geöffnet sind. Erhöht eine Kasse ihren Zusatzbeitrag, gilt ein Sonderkündigungsrecht. Dann kann auch vor Ablauf der 18 Monate die Kasse gewechselt werden. In dem Fall muss die Kündigung in dem Monat erfolgen, in dem die Erhöhung greift. Ausnahme: Wurde ein Krankengeld-Wahltarif abgeschlossen, gibt es kein Sonderkündigungsrecht. Eine Gesundheitsprüfung gibt es grundsätzlich nicht. Jede gesetzliche Kasse muss Mitglieder unabhängig von deren Alter und Gesundheitszustand aufnehmen.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Der sperrige Begriff beschreibt das Zuweisungsverfahren der Gelder aus dem Gesundheitsfonds. In diesen fließen alle Beiträge der Kassenmitglieder. Für jeden ihrer Versicherten erhalten die Kassen aus dem Fonds zur Deckung ihrer Pflichtleistungen eine einheitliche Grundpauschale, die abhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheit mit Zu- und Abschlägen versehen ist, um die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen auszugleichen. Basis für die Berechnung der Zuschläge sind 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Erkrankungen.

Naturheilverfahren

Alternative Medizin ist in der GKV kein Tabu. Osteopathie, Homöopathie & Co. werden von vielen Kassen als Satzungsleistung oder im Rahmen von Bonusprogrammen bezuschusst. Akupunktur ist bei chronischen Schmerzen in der Lendenwirbelsäule oder chronischen Kniebeschmerzen durch Gonarthrose sogar Kassenleistung. Alternative Behandlungen müssen allerdings in aller Regel durch Ärzte mit Kassenzulassung und entsprechender Ausbildung erfolgen. Heilpraktiker z.B. können nicht aufgesucht werden.

Originalpräparate

Ein Originalpräparat ist ein neu entwickeltes Medikament, das Patentschutz genießt. Ist der abgelaufen, kommen in der Regel sogenannte Generika auf den Markt. Diese Nachahmerpräparate enthalten dieselben Wirkstoffe, können aber auch Weiterentwicklungen in zusätzlichen Darreichungsformen oder Wirkstärken sein. Allerdings sind sie sehr viel günstiger, da die Forschungskosten entfallen. Qualitativ stehen sie dem Original in nichts nach, da alle Arzneimittel den Kriterien der Zulassungsbehörde genügen müssen. Die sogenannte Bioäquivalenz belegt, dass ein Generikum in Bezug auf Freisetzung, Aufnahme im Körper und Verfügbarkeit dem Mittel des Erstanbieters absolut vergleichbar ist.

Private Zusatzversicherung

Zur Ergänzung des gesetzlichen Schutzes bieten zahlreiche Versicherer private Policen an, mit denen man sich Erstattungen für ambulante Leistungen (z.B. für Sehhilfen, Heilpraktikerbesuche), Klinikaufenthalte (z.B. Mehrkosten für Einbettzimmer) und Zahnersatz (über den GKV-Anteil hinaus) sichern kann. Vielfach kooperieren gesetzliche Kassen mit privaten Versicherern und bieten ihren Kunden vergünstigte oder auf dem freien Markt nicht erhältliche Tarife an.

Terminservicestelle

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind seit 2016 verpflichtet, Terminservicestellen anzubieten, die eine zeitnahe und angemessene Behandlung durch einen Facharzt vermitteln. Liegt eine Überweisung vor, muss es innerhalb einer Woche einen Termin geben. Für Behandlungen bei einem Augen- oder Frauenarzt ist keine Überweisung erforderlich. Die Wartezeit darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten.

Wahltarife

Jede gesetzliche Kasse bietet Wahltarife, in die sich Versicherte einschreiben können. Vom Gesetzgeber verpflichtend im Angebot sind Tarife zur integrierten Versorgung, hausarztzentrierten Versorgung, besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, Modellvorhaben, Disease-Management-Programme und Krankengeld für Selbstständige. Freiwillig indes sind Tarife mit Selbstbehalt und mit Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit, bei denen Versicherte Geldprämien bekommen können, sowie für variable Kostenerstattung und für Übernahme der Kosten für spezielle Arzneimittel, für die Versicherte eine gesonderte Prämie zahlen müssen.

Rabattverträge

Um die Arzneimittelausgaben einzudämmen, schließen Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen Rabattverträge ab. Dadurch bekommen die Kassen Preisnachlässe, vor allem auf sogenannte Generika. Die Kunden der jeweiligen Krankenkasse erhalten dann in der Apotheke zwingend Arzneimittel aus Rabattverträgen, sofern der entsprechende Wirkstoff vom Rabattvertrag erfasst ist und der Arzt nicht explizit ein spezielles Mittel verordnet hat. Vielfach sind Arzneimittel aus Rabattverträgen für den Kunden zuzahlungsfrei, oder die Zuzahlung ist zumindest reduziert.

Unabhängige Patientenberatung

Die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ist ein als gemeinnützige GmbH geführter deutschlandweiter Verbund von 30 unabhängigen Beratungsstellen im Bundesgebiet. Er bietet vor Ort, telefonisch und im Web eine neutrale und kostenfreie Patientenberatung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen für alle Versicherten. Die UPD wird durch den GKV-Spitzenverband finanziert.

Sachleistungsprinzip

Ärztliche Behandlungen oder Klinikaufenthalte werden in der GKV als Sachleistungen erbracht. Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken rechnen direkt mit den Kassen ab. Versicherte können sich jedoch auch freiwillig für das Prinzip der Kostenerstattung entscheiden. Dann bekommen sie eine Rechnung, die sie bei der Kasse einreichen müssen. Die übernimmt dann den Kostenanteil, der bei der Behandlung über die Versichertenkarte entstanden wäre.

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten in der GKV sind immer wieder ein Reizthema. So führen Kritiker an, es gäbe zu viele Kassen, was die Verwaltungskosten unnötig in die Höhe treibe. Tatsächlich lagen diese in den vergangenen Jahren konstant bei rund fünf Prozent der Einnahmen. Die Zahl der gesetzlichen Kassen ging im Zeitraum von 2011 bis heute um rund 50 auf 110 zurück. Die PKV übrigens gab 2016 rund 8,9 Prozent der Einnahmen für Abschluss und Verwaltungsaufwendungen aus.

Zuzahlungen

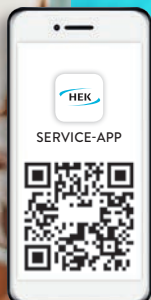
Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs in der GKV von Zuzahlungen befreit. Fahrtkosten sind jedoch ausgenommen. Erwachsene Versicherte müssen folgende Eigenanteile tragen:

Bereich	Zuzahlung
Arznei- und Verbandsmittel, Fahrtkosten, Hilfsmittel, Psychotherapie, Haushaltshilfe	10% der (kalendertäglichen) Kosten, jedoch mind. 5/max. 10 Euro und nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Heilmittel, häusliche Krankenpflege	10% der Kosten zzgl. 10 Euro je Verordnung, bei Krankenpflege begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	10% je Verbrauchseinheit, max. 10 Euro pro Monat
Krankenhausbehandlung, stationäre Vorsorge, medizinische Vorsorge und Reha für Väter und Mütter	10 Euro je Kalendertag, bei Krankenhausbehandlung max. 28 Tage pro Kalenderjahr
medizinische Reha (ambulant und stationär)	10 Euro pro Kalendertag, bei Anschluss-Reha begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Zuzahlung für Krankenhausbehandlung
künstliche Befruchtung	50 Prozent der Kosten

Quelle: vdek



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Die Service-App der HEK

DAS KUNDENZENTRUM FÜR UNTERWEGS

HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE



kontakt@hek.de

0800 0213213 (kostenfrei)

So wurden die **Ranglisten erstellt**

Jedem der acht Versichertenprofile in diesem Heft sind Leistungen zugeordnet, die über das gesetzliche Maß hinausgehen bzw. nicht im regulären Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und die für die jeweilige Zielgruppe einen Mehrwert darstellen. Anhand von Daten, die das unabhängige Portal www.gesetzlichekrankenassen.de regelmäßig von den Wettbewerbern mittels eines umfangreichen Fragebogens erfasst, ermittelte das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI), welche Kassen die höchste Übereinstimmung mit dem jeweiligen Profil aufweisen. Die besten für die Allgemeinheit geöffneten Anbieter sind jeweils in Tabellen zu den einzelnen Profilen abgebildet. Die der Benotung zu Grunde liegenden Punkte in den einzelnen Leistungsbereichen wurden wie folgt ermittelt:

WAHLTARIFE:

je Wahltarif zwei Punkte; ein Zusatzpunkt, wenn bei Beitragsrückerstattung in Anspruch genommene ärztliche Leistungen ohne weitere Verordnung nicht angerechnet werden; beim Profil „Berufsanfänger“ maximal vier Punkte, wenn die Beitragsrückerstattungsprämie höher als 400 Euro innerhalb der ersten drei Jahre ist, drei Punkte, wenn sie mehr als 300 Euro beträgt, zwei Punkte für mehr als 200 Euro und einen Punkt, wenn die Summe unter 200 Euro liegt, sowie Zusatzpunkte, wenn der maximale Vorteil schon im ersten Jahr möglich ist oder auch ohne Kostenerstattungsverfahren gemäß §13 SGB V nutzbar ist.

ZUSATZLEISTUNGEN:

je eigenständige Zusatzleistung im gesamten Versorgungsgebiet der Kasse zwei Punkte; bei der Hautkrebsvorsorge einen Zusatzpunkt, wenn der Einsatz eines Auflichtmikroskops inbegriffen ist; beim Profil „Familien“ zusätzlich drei Punkte, wenn die künstliche Befruchtung zu 100 Prozent übernommen wird, oder einen Punkt, wenn weniger Zuschüsse fließen. Ist die Kostenübernahme je Zusatzleistung zusammen mit anderen Leistungen durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl je nach Anzahl der sich das Budget teilenden Leistungen mit einem Faktor zwischen 0,2 und 0,9 gewichtet (GK-Faktor). Ist die angebotene Leistung nur regional verfügbar, so wurde die erreichte Punktzahl nur anteilig mit dem Faktor multipliziert, in wie vielen Bundesländern die Leistung im Versorgungsgebiet der jeweiligen Krankenkasse angeboten wird (Regional-Faktor). Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus.

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG:

ein Punkt für das generelle Angebot. Werden zwei Kurse aus einem Handlungsfeld pro Jahr bezuschusst, gab es einen

Punkt extra; einen weiteren Punkt, wenn im jeweiligen Bereich auch ein zertifiziertes Online-Programm angeboten wird. Wurde auch die Höhe der Erstattung je Fremd- bzw. Eigenkurs betrachtet, gab es zwei Punkte, wenn der Prozentsatz, bis zu dem die Kosten für Fremd- bzw. Eigenkurse von der Kasse übernommen werden, bei 100 Prozent lag, 1,5 Punkte bei mindestens 90 Prozent und einen Punkt bei mindestens 80 Prozent; bei der Bewertung der absoluten Erstattungshöhe für Gesundheitskurse konnten für mindestens 250 Euro (ohne Begrenzung) zwei, für mindestens 150 Euro 1,5 und für mindestens 75 Euro ein Punkt(e) erzielt werden.

BESONDERE VERSORGUNG UND VERSORGUNGSMANAGEMENT:

je Indikation ein Punkt bei Verfügbarkeit im gesamten Versorgungsgebiet sowie ein weiterer Punkt, wenn das Angebot in jedem Bundesland besteht, in dem die Kasse aktiv ist; ein Punkt, wenn das Angebot nur regional begrenzt besteht. Für das jeweilige Versorgungsmanagement gab es jeweils einen Punkt für eine aktive Aufklärung und Beratung, eine aktive dauerhafte Begleitung von einem festen persönlichen Ansprechpartner, die Unterstützung durch einen qualifizierten Gesundheitsberater, einen Terminerinnerungsservice, den Umgang mit Begleiterkrankungen, eine ärztliche Zweitmeinung vor einer Operation und wenn die Leistungen proaktiv individuell angeboten werden. Zusätzlich wurde bewertet, in welcher Form eine qualifizierte Betreuung stattfindet. Hierzu gab es bis zu zwei Punkte. Je nachdem, wie schnell Teilnehmer am Versorgungsmanagement Termine beim Therapeuten bekommen, gab es, wie auch für die Verfügbarkeit im gesamten Versorgungsgebiet, jeweils bis zu drei Punkte. Die Summe aller Punkte in dieser Kategorie wurden dann mit 25 Prozent gewichtet.

ALTERNATIVE MEDIZIN:

bis zu zwei Punkte, wenn für ein Verfahren bei allen zugelassenen Leistungserbringern im Versorgungsgebiet gezahlt

wird, ohne dadurch ein vorbehaltlos verfügbares Gesundheitsbudget zu belasten. Diese Punktzahl reduziert sich jeweils, wenn entweder die Leistung nur bei ausgewählten Leistungserbringern bezahlt wird, die Leistungserbringung nur regional verfügbar ist (Regional-Faktor), nur für eine bestimmte Personengruppe gilt oder damit ein gedeckeltes Budget belastet wird (GK-Faktor). Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus. Beim Profil „Anhänger der Alternativmedizin“ wurden die homöopathischen Medikamente und osteopathischen Behandlungen auf Basis ihrer Erstattungshöhe dreifach bewertet.

BONUSPROGRAMME:

ein Punkt je bonifizierte Maßnahme. Wurde die Bonushöhe bewertet, gab es für eine maximale Bonussumme von mehr als 300 Euro fünf Punkte, darunter abgestuft ein bis vier Punkte; bei Betrachtung der durchschnittlichen Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme fünf Punkte bei mehr als 40 Euro, darunter abgestuft ein bis vier Punkte; beim Profil „Familien“ getrennte Betrachtung der durchschnittlichen Bonushöhe in Programmen für Erwachsene und Kinder, wobei die erzielte Punktzahl in beiden Programmen addiert und durch zwei geteilt wurde.

ZUSATZVERSICHERUNGEN:

1,5 Punkte je Zusatzpolice über Kooperationspartner ohne Gesundheitsprüfung; alternativ 1,5 Punkte, wenn Zugang zu Zusatzschutz auch über einen Wahltarif der Kasse möglich ist.

VORTEILSPROGRAMME:

Ein Punkt für den finanziellen Vorteil bei Nutzung bestimmter Apotheken. Zwei Punkte jeweils für die Zuzahlungsfreiheit bestimmter Generika oder Hilfsmittel. Ein Punkt bei einer Reduktion der Zuzahlung.

SERVICE:

zwei Punkte je vorhandene Serviceleistung; beim Profil „Anspruchsvolle“ zusätzliche zwei Punkte bzw. ein Punkt, wenn am Servicetelefon ausschließlich bzw. überwiegend Sozialversicherungsfachangestellte sitzen; beim Profil „Familie“ zwei Punkte für eine 24/7-Hotline und ausschließlich Sozialversicherungsfachangestellte, ein Punkt, wenn mindestens eine 24/7-Hotline vorhanden ist; bei fremdsprachigem Service 0,5 Punkte je Sprache (max. aber 4,5 Punkte); bei Geschäftsstellennetz max. fünf Punkte für die Kennziffer „Versicherte je Geschäftsstelle“ und für die Kennziffer „Geschäftsstellen je Bundesland“.

AUSLANDSSCHUTZ:

zwei Punkte, wenn für alle Reiseschutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den

Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes geleistet wird. Ein Punkt, wenn nur für eine Auswahl der Empfehlungen oder eine andere Auswahlliste geleistet wird. Für die Erstattung der Impfleistung und des Impfstoffs konnten ebenfalls zwei Punkte erreicht werden. Wenn diese nicht zu 100 Prozent bzw. nur im Rahmen eines Gesundheitskontos erstattet werden, wurde diese Punktzahl mit dem jeweiligen GK-Faktor bzw. Erstattungsprozentsatz gewichtet. Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus.

ZAHNMEDIZIN:

zwei Punkte für kostenlose professionelle Zahnreinigung (PZR) für alle Versicherten, zwei weitere Punkte für einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung für alle Versicherten; je zwei Punkte für über die Pflichtleistung hinausgehende spezielle Zahnbehandlungen, ein Punkt für zahnmedizinische Beratung; zwei Punkte für Zahnersatz zum Nulltarif (z. B. bei Regelversorgung und vollem Bonus durch Nachweis regelmäßiger Zahnvorsorge) und vergünstigten Zahnersatz. Ist die Kostenübernahme der jeweiligen zahnmedizinischen Leistung zusammen mit anderen Leistungen durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl mit dem GK-Faktor gewichtet. Ist die angebotene Leistung nur regional verfügbar, so wurde die erreichte Punktzahl nur anteilig mit dem Regional-Faktor multipliziert. Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die jeweils maximal erreichbare Punktzahl hinaus.

So bewertete das DFSI

Die **Benotung der Kassen** entsprechend den Versichertenprofilen resultiert aus der erzielten Punktzahl. Sie reicht von „Exzellent“ bis „Mangelhaft“. Die Bestnote ging dabei an all jene Kassen, die zu den besten zehn Prozent der Rangliste gehören. Die Note „Sehr Gut“ ging an die darunterliegenden zehn Prozent auf der Punkteskala. Die übrigen Bewertungen („Gut“, „Befriedigend“, „Ausreichend“ und „Mangelhaft“) erfolgten dann entsprechend in 20-Prozent-Schritten.

Für die **Langfrist-Auswertung** über die Jahre 2010 bis 2018 galt folgende Systematik: Kassen mit „exzellenter“ Bewertung im jeweiligen Jahr erhielten sechs Punkte. Krankenkassen mit einem „Sehr Gut“ fünf Punkte, mit „gutem“ Urteil vier Punkte, einem „Befriedigend“ drei Punkte. Und „ausreichende“ bzw. „mangelhafte“ Kassen zwei respektive einen Punkt. Die pro Jahr erzielten Punkte je Krankenkasse wurden aufaddiert.



Von Beginn an **reichlich Unterstützung**

Beitragsfreie Mitversicherung und Mutterschaftsgeld sind nur zwei GKV-Leistungen, von denen Eltern mit Kindern profitieren.

Viele Kassen haben mehr zu bieten wie
zusätzliche Vorsorgetermine
oder Info-Hotlines



Rund 72 Millionen Versicherte zählt die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Etwas mehr als 16 Millionen davon sind Kinder sowie Ehe- und Lebenspartner zahlender Mitglieder. Im Rahmen der Familienversicherung (s. auch S. 6–8) sind sie von Beiträgen befreit. Die kostenlose Absicherung der Familie ist der wohl größte Pluspunkt in der Solidargemeinschaft des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Vom Bund fließen jährlich 14,5 Milliarden Euro aus dem Steuertopf für sogenannte versicherungsfremde Leistungen in die GKV, zu der auch die Familienversicherung gehört. Eine weitere durch den Zuschuss finanzierte Leistung kommt ebenfalls Familien zugute: das Mutterschaftsgeld. In der Regel gilt für Schwangere sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt der Mutterschutz. Abhängig beschäftigte Frauen bekommen in dieser Zeit ihr Nettogehalt weiter. Bis zu 13 Euro pro Tag zahlt dabei die Kasse, den Rest stockt der Arbeitgeber auf. Auch Selbstständige können Mutterschaftsgeld von der Krankenkasse bekommen, allerdings nur in Höhe des Krankengelds (70 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens).

Ist der Nachwuchs auf der Welt, stehen Versicherten weitere Standardleistungen zu wie etwa die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen. Die U1 findet dabei di-

rekt nach der Geburt statt, die U9 im Alter von etwa fünf Jahren. Besonders familienfreundliche Kassen kommen darüber hinaus für weitere Früherkennungen auf, die U10 (7 bis 8 Jahre) und U11 (9 bis 10 Jahre), in denen Gesundheits- und Entwicklungsstatus geprüft werden und der Arzt zu einer gesunden Lebensführung berät. Für Jugendliche steht dann im Alter von 13 Jahren die J1 auf dem Programm und als freiwillige Leistung vieler Kassen noch die J2 im Alter von 16 bis 17 Jahren mit einer differenzierten Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte und einer klinisch-körperlichen Untersuchung. Damit keiner der Termine verpasst wird, haben zahlreiche Versicherungen einen Erinnerungsservice installiert, der per Mail oder Brief auf die nächste anstehende Vorsorgeuntersuchung hinweist. Der Service erinnert natürlich auch Erwachsene etwa an den Gesundheits-Check-up (alle zwei Jahre ab 35) oder den jährlichen Zahnarzttermin.

Ein hilfreicher Service für Kinder wie Eltern ist auch eine medizinische Informationshotline, die als Extra vielerorts im Angebot ist. Sie darf zwar keine Beratung leisten und ersetzt den Arztbesuch im Zweifel nicht. Aber auch eine erste Einschätzung zu einer Verletzung oder plötzlich auftretenden Symptomen kann vielfach schon beruhigend sein und hilft, den Ernst der Lage zu bewerten und das weitere Vorgehen zu planen.



Top-Kassen für Familien

Kasse	Note
AOK Baden-Württemberg	Exzellent
AOK Hessen	Exzellent
AOK Nordwest	Exzellent
AOK Plus	Exzellent
DAK-Gesundheit	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
AOK Nordost	Sehr Gut
AOK Rheinland/Hamburg	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Sehr Gut
AOK Sachsen-Anhalt	Sehr Gut
Barmer	Sehr Gut
Betriebskrankenkasse WMF	Sehr Gut
BKK VerbundPlus	Sehr Gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	Sehr Gut
BKK24	Sehr Gut
Die Techniker	Sehr Gut
hkk Krankenkasse	Sehr Gut
IKK Brandenburg und Berlin	Sehr Gut
IKK Südwest	Sehr Gut
Knappschaft	Sehr Gut
pronova BKK	Sehr Gut
Viactiv Krankenkasse	Sehr Gut

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
DAK-Gesundheit	54
Die Techniker	52
Barmer	48
AOK Plus	44
AOK Baden-Württemberg	43

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2010 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Frauenerkrankungen, Kindererkrankungen

Zusatzleistungen: erweiterte Leistungen für Haushaltshilfen (mit Kind im Haushalt), künstliche Befruchtung, Brustkrebs, Check-up 35 für Versicherte unter 35, Schutzimpfungen (ohne Reiseschutz), Hebammen-Rufbereitschaftspauschale, Rooming-in bei Kindern, zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Angebote zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Kostenübernahme für Geburtsvorbereitungskurs für den Partner, erweiterte Jugenduntersuchungen

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung/Reduktion von Übergewicht, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Erstattung je Kurs für Fremd- und eigene Kurse der Kasse

Bonusprogramme: durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme in Programmen für Erwachsene und Kinder

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informationshotline 24/7, Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner bzw. extra aufgestelltes Betreuungsteam, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, Geschäftsstellennetz, Online-Elternzeitrechner

Am Ball **bleiben**

Immer mehr Bundesbürger leiden unter den Folgen einer ungesunden Lebensweise, vor allem unter Bewegungsmangel. Die Kassen steuern gegen und belohnen Aktivität

Die Fitnessbranche in Deutschland kann sich nicht über schlecht laufende Geschäfte beklagen. 10,6 Millionen Mitglieder zählten die rund 9000 Clubs und Anlagen hierzulande im vergangenen Jahr. Sie sorgten für rund fünf Milliarden Euro Umsatz. Zum Vergleich: 2010 waren es erst 7,3 Millionen Mitglieder in 7100 Clubs und ein Umsatz von 3,8 Milliarden Euro, meldet der Arbeitgeberverband der Fitnesswirtschaft DSSV. Ein veritabler Boom. Zu einer Verbesserung des körperlichen Zustands in der Gesamtbevölkerung hat der Aufschwung allerdings offenbar nicht geführt. Laut einer Erhebung der OECD waren

2015 etwas weniger als 24 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland fettleibig. Sie hatten also einen Body-Mass-Index von mehr als 30 Punkten (errechnet sich aus dem Gewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat). 2009 lag die Quote noch bei 15 Prozent. Nach ihrer sportlichen Aktivität befragt, gaben in einer Umfrage der Krankenkasse Die Techniker aus dem Jahr 2016 48 Prozent der Bevölkerung über 18 Jahre an, keinen oder nur selten Sport zu treiben. 2007 hatten nur 44 Prozent geantwortet, dass sie mehr oder weniger abstinente von Tennisschläger, Laufschuh, Fußball, Yogamatte & Co. leben. Die am häufigsten ge-



nannten Gründe, die vom Sport abhalten: fehlende Motivation (50 Prozent der Befragten) und Krankheit, körperliche Einschränkungen und Übergewicht (37 Prozent der Befragten).

Dabei ist Bewegung der Schlüssel zu einer besseren Gesundheit. Sie beugt allen Arten von Leiden und Erkrankungen vor, seien es Herz-Kreislauf-Beschwerden, Rückenschmerzen, Schlaganfälle, Diabetes, Depressionen, ja sogar das Krebsrisiko lässt sich mit körperlicher Aktivität signifikant senken. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt Erwachsenen, sich 150 Minuten pro Woche zu bewegen oder alternativ 75 Minuten eine intensive sportliche Betätigung auszuüben. Als Bewegung gelten auch Freizeitbeschäftigungen wie Radfahren, Tanzen, Gartenarbeit, Spazierengehen oder Schwimmen.

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen ihren Versicherten denn auch nicht nur zur Seite, wenn diese auf Grund einer akuten oder chronischen Erkrankung einen Arzt oder eine Klinik aufsuchen müssen. Der Gesetzgeber hat ihnen auch Engagement in Sachen Prävention ins Pflichtenheft geschrieben. Eine zentrale Maßnahme: die Bezuschussung von Gesundheitskursen in den Feldern Bewegung, Ernährung, Entspannung, Stressabbau

sowie Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum. Davon profitieren natürlich auch gesunde, sportliche Versicherte, die Ausgleich vom Alltag suchen oder Abwechslung in ihre Aktivitäten bringen wollen. Die Zuschüsse belaufen sich vielfach auf mehr als 100 Euro je Kurs. Standardmäßig wird die Teilnahme an zwei Kursen im Jahr gefördert, aber auch Kompaktkurse oder Kurswochenenden sind möglich.

Wer sich ohnehin regelmäßig bewegt und zu Früherkennungsuntersuchungen zum Arzt begibt, kann sich auch im Rahmen von Bonusprogrammen für sein Engagement belohnen lassen. So lobt die große Mehrzahl der Krankenkassen Geld- und Sachprämien aus, wenn Nachweise eingereicht werden, dass man Mitglied im Sportverein ist, zur Vorsorge geht, einen normalen Body-Mass-Index aufweist oder Leistungsabzeichen im Sport ablegt. Ein Tipp dabei: Mitunter erhöhen die Kassen die Prämie, wenn man sie sich nicht bar auszahlen lässt, sondern als Zuschuss zu einer gesundheitsbezogenen Dienstleistung oder Maßnahme wie eine professionelle Zahnreinigung, eine osteopathische Behandlung oder die Anpassung einer neuen Brille verwendet.

Top-Kassen für Sportler

Kasse	Note
Die Techniker	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
Securvita Krankenkasse	Exzellent
AOK Baden-Württemberg	Sehr Gut
AOK Plus	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Sehr Gut
DAK-Gesundheit	Sehr Gut
IKK Brandenburg und Berlin	Sehr Gut
pronova BKK	Sehr Gut

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
Securvita Krankenkasse	54
Die Techniker	52
DAK-Gesundheit	50
HEK – Hanseatische Krankenkasse	47
Barmer	44

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2010 bis 2018



ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Wahltarife: Selbstbehalttarif (Abwahltarif) gemäß § 53 Abs. 1 SGB V, Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß § 53 Abs. 2 SGB V

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für: Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Teilnahme an Gesundheits-Check-up, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Einhalten von Normalgewicht, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport, Bonushöhe

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für: Vorsorgeuntersuchungen, spezielle Medikamente, sportmedizinische Untersuchung
Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für: Traditionelle Chinesische Medizin, homöopathische Medizin, Reflexzonennassage, Shiatsu

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich: Orthopädie, Versorgungsmanagement beim Stütz- und Bewegungssystem

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich: Vorbeugung/Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Förderung von Entspannung, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Fremdkursen

Serviceleistungen: Online-Filiale, Reha-Beratung, Krankenhaussuchportal

Auf eigenen **Füßen**

Für Auszubildende und Jobeinsteiger ist die Mitgliedschaft in der GKV in der Regel Pflicht. Ganz sicher kein Nachteil

Mit dem Beginn einer Berufsausbildung oder dem Einstieg in den ersten Job startet auch die Zeit einer eigenen Krankenversicherung. Da das Einkommen von jungen Berufstätigen in der Regel unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (derzeit 59 400 Euro im Jahr), ist eine Mitgliedschaft in der GKV obligatorisch. Auch Studenten müssen sich gegebenenfalls selbst versichern, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung mehr besteht. Während bei Auszubildenden und Jobeinsteigern 14,6 Prozent plus Zusatzbeitrag vom Bruttoeinkommen fällig sind (der Arbeitgeber zahlt davon 7,3 Prozent), zahlen Studenten 10,22 Prozent zuzüglich Zusatzbeitrag des Bedarfssatzes für Studierende (die nicht bei ihren Eltern leben) nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Der beläuft sich aktuell auf 649 Euro. Der Beitrag beträgt also 66,33 Euro plus Zusatzbeitrag.

Bei der Wahl der Versicherung stehen alle Kassen offen, die im Bundesland des Wohnorts oder des Arbeitsbeziehungsweise Studienorts aktiv und für die Allgemeinheit zugänglich sind. Für die jüngere Generation attraktiv sind Anbieter, die zum Beispiel bei gesetzlichen Leistungen das Mindestalter gesenkt haben, ab dem diese in Anspruch genommen werden können. So gibt es zum Beispiel Krankenkassen, bei denen der Gesundheits-Check-up oder das Hautkrebs-Screening, die es beide alle zwei Jahre gibt, bereits ab einem Alter von weniger als 35 Jahren absolviert werden können. Beim Hautkrebs-Screening ist idealerweise dann auch noch die Kostenübernahme für die Nutzung eines Auflichtmikroskops inklusive. Für unternehmungslustige GKV-Mitglieder interessant sind Erstattungen für Reiseschutzimpfungen, die nicht zum Standard der gesetzlichen Versicherung gehören. ●



Foto: 123RF

Top-Kassen für junge Leute

Kasse	Note
Die Techniker	Exzellent
DAK-Gesundheit	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
AOK Baden-Württemberg	Sehr Gut
AOK Plus	Sehr Gut
Barmer	Sehr Gut
BIG direkt gesund	Sehr Gut

Kasse	Note
BKK Wirtschaft & Finanzen	Sehr Gut
IKK Brandenburg und Berlin	Sehr Gut
IKK Südwest	Sehr Gut
Novitas BKK	Sehr Gut
pronova BKK	Sehr Gut
SBK	Sehr Gut
Securita Krankenkasse	Sehr Gut

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
DAK-Gesundheit	54
Die Techniker	54
Barmer	49
BKK Wirtschaft & Finanzen	47
Securita	46
HEK – Hanseatische Krankenkasse	45

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2010 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: ambulante Operationen, Ernährungs-krankheiten, onlinegestützte Behandlung, Suchterkrankungen

Wahltarife: Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für 12 000 Euro brutto Jahresgehalt

Bonusprogramme: Bonifizierung von qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, jährlicher Zahnvorsorge, professioneller Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/vollständiger Impfstatus, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport, maximale Bonushöhe und durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums, Förderung des Nichtrauchens, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Fremdkursen, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Eigenkursen

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Zahnmedizin: Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung, Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung

Serviceleistungen: Online-Filiale (als App oder auf mobile Nutzung zugeschnitten), Online-Mitgliedsbescheinigung abrufbar, Online-Administration des Bonusprogramms, Facebook, Twitter, WhatsApp, Online-Chat, Video-Chat, weitere Social-Media-Kanäle, Reha-Beratung, Vorsorgeerinnerungsservice, Arzt-Suchportal

Zusatzleistungen: Hautkrebsvorsorge inklusive Auflichtmikroskopie



»
**AUSGEZEICHNET
IST, WENN EINFACH
ALLES PASST!**
«



Als **Krankenkasse der neuen Generation** steht für uns fest: Unsere Versicherten kommen immer an erster Stelle. Deshalb hat FOCUS MONEY uns auch für hohe Kundentreue ausgezeichnet. Und darauf sind wir mächtig stolz. Mehr von unseren ausgezeichneten Leistungen und Services gibt's hier: www.bkk-mobil-oil.de

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

Ergänzung zur **Schulmedizin**

Alternative Arznei und Heilmethoden sind durchaus umstritten.

Bei vielen Kassen gibt es dennoch begrenzte Budgets für Homöopathie & Co.

Anfang April legte das Bundesversicherungsamt (BVA), die oberste Aufsicht für alle Kassen, die in mehr als drei Bundesländern aktiv sind, einen ausführlichen Bericht vor zum Wettbewerb in der GKV. Vor gut 25 Jahren, am 1. Januar 1993, war der Startschuss dafür gefallen mit der Einführung der freien Kassenwahl. „Die wettbewerbliche Ausgestaltung des Systems hat sich (...) im Wesentlichen bewährt, verkrustete Verwaltungsstrukturen wurden aufgebrochen, die Versorgung der Versicherten hat sich verbessert, und Wirtschaftlichkeitsreserven wurden gehoben“, urteilt BVA-Präsident Frank Plate. Aber es sei auch nicht alles Gold, was vermeintlich glänzt, merkt er an.

Ein Bereich, den die Aufseher kritisieren: die Satzungsleistungen, also all die Angebote, die die Kassen über den gesetzlichen Katalog hinaus freiwillig anbieten. Nicht immer dienen die einer besseren Versorgung der Versicherten, vielfach stünden vor allem Marketingaspekte im Vordergrund zur Kundengewinnung. Zu den Satzungsleistungen gehören auch Erstattungen für alternative Medizin und Heilmethoden. Bei zahlreichen Kassen gibt es dafür begrenzte Budgets je Versicherten oder die Möglichkeit, Prämien im Rahmen des Bonusprogramms dafür zu ver-

wenden. Das BVA schlägt vor, von Gesetzgeberseite präzisere Vorgaben für die Leistungen zu machen, die als Zusatzleistung in den Satzungen der Krankenkassen angeboten werden dürfen, und diese Möglichkeit auf evidenzbasierte Leistungen zu beschränken. Letzteres fehlt bei den meisten Alternativangeboten, auch wenn Millionen Anwender etwa auf Globuli schwören.

Noch ist offen, ob und wie die Empfehlungen des BVA Realität werden. Wer Wert darauf legt, ergänzend zur Schulmedizin von seiner Kasse auch Erstattungen für Osteopathie oder eine homöopathische Anamnese zu bekommen, wird also immer noch fündig. Dabei gibt es jedoch nicht nur einen finanziellen Deckel für Erstattungen. In der Regel dürfen nur Ärzte mit Kassenzulassung aufgesucht werden, die für die alternative Variante eine entsprechende Zusatzausbildung vorweisen können. Zum Heilpraktiker kann man also zum Beispiel nicht gehen. Hier fließt nur Geld, wenn man eine private Zusatzversicherung für ambulante Leistungen abgeschlossen hat oder in einen Wahltarif bei der Kasse eingeschrieben ist, der Erstattungen vorsieht. Beides ist jedoch mit Beiträgen verbunden, die für die ergänzende Absicherung über den GKV-Schutz hinaus fällig werden. ●



Top-Kassen für Anhänger der Alternativmedizin

Kasse	Note
Securvita Krankenkasse	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Sehr Gut
AOK Baden-Württemberg	Gut
AOK Nordwest	Gut
BAHN-BKK	Gut
Bergische Krankenkasse	Gut
BKK Euregio	Gut
BKK ProVita	Gut
BKK VBU	Gut

Kasse	Note
BKK Wirtschaft & Finanzen	Gut
BKK ZF & Partner	Gut
DAK-Gesundheit	Gut
Die Techniker	Gut
hkk Krankenkasse	Gut
IKK Brandenburg und Berlin	Gut
IKK gesund plus	Gut
Knappschaft	Gut
SBK	Gut

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
Securvita Krankenkasse	42
HEK – Hanseatische Krankenkasse	38
Bergische Krankenkasse	36
Die Techniker	36
DAK-Gesundheit	33
SBK	30

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2012 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Alternative Medizin: teilweise Kostenübernahme für alternative Krebstherapie (inkl. Medikamente), anthroposophische Medizin (inkl. Medikamente), Ayurveda, Chelat-Therapie, Eigenbluttherapie, Feldenkraismethode, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel sowie Erstattungshöhe), Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie (inkl. Erstattungshöhe), Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Wahltarife/Zusatzversicherungen: Tarife für die Übernahme der Kosten für spezielle Arzneimittel, Heilpraktikerbehandlungen, Heilmethoden nach dem vollständigen Hufelandverzeichnis

Vorteilsprogramme: finanzielle Vorteile bei Nutzung bestimmter Apotheken

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Zusatzleistungen: erweiterte Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern



WERDEN SIE NATURHEILKUNDE

Wenn eine Krankenkasse für die ganze Familie alternative Heilmethoden wie **Osteopathie**, **Homöopathie** und **Anthroposophische Medizin** anbietet, dann ist es: meine-krankenkasse.de

meine-krankenkasse.de



Wir sind für Sie da.

über 40 Standorte bundesweit

0800 165 66 16

info@bkk-vbu.de

facebook.com/bkk.vbu

Runter mit **dem Beitrag**

Ab 2019 zahlen Arbeitgeber und -nehmer aller Voraussicht nach wieder gleich hohe Kassenbeiträge. Sparfüchse haben noch weitere Optionen, die Kosten zu senken

Dieser Satz im Koalitionsvertrag von Union und SPD lässt Arbeitgeber schlucken – und die Mitglieder der GKV jubeln: „Wir werden die Parität bei den Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung wiederherstellen. Ab 1. Januar 2019 werden die Beiträge zur Krankenversicherung wieder in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten geleistet. Der bisherige Zusatzbeitrag wird paritätisch finanziert“, heißt es dort auf Seite 102. Wird das Vorhaben tatsächlich Wirklichkeit, sinkt der Beitrag zur Krankenversicherung für Angestellte nach heutigem Stand im Mittel um 0,5 Prozentpunkte. Bei einem Einkommen von 3500 Euro im Monat entspräche das einer Ersparnis von immerhin 210 Euro im Jahr. Legt man den derzeit höchsten Zusatzbeitrag in der Kassenlandschaft zu Grunde und ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (4425 Euro im Monat), würde die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung sogar rund 450 Euro weniger Beitrag im Jahr bedeuten.

Preisbewusste Versicherte können beim Sparen natürlich nicht nur auf die Bundesregierung zählen. So bleibt der Wechsel der Kasse auch 2019 noch eine veritable Option, um die Kosten zu drücken. Schließlich wird es nach der Halbierung des Zusatzbeitrags diesbezüglich weiterhin ordentliche Differenzen zwischen den Kassen geben. Aktuell beträgt der größte Abstand 1,7 Prozentpunkte.

Abhängig vom Einkommen, winken darüber hinaus bis zu 600 Euro Gutschrift, wenn man sich für einen Tarif mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung einschreibt. Nimmt man ein Jahr lang keine Leistungen zu Lasten der Kasse in Anspruch, ist die Prämie sicher. Bei der Selbstbehalt-Variante lauert allerdings ein Risiko. Hier verpflichtet sich der Versicherte nämlich, anfallende Kosten bis zu einer gewissen Grenze pro Jahr selbst zu übernehmen. Da dieser Eigenanteil in der Regel die Prämie übersteigt, kann der Deal auch mit einem Verlust ausgehen, wenn umfangreichere Behandlungen notwendig sein sollten. ●



Foto: Depositphotos

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Kassenindividueller Zusatzbeitrag:

Höhe des Beitrags; **Wahltarife:** Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit und Kombinationsmöglichkeiten mit Bonusprogramm oder Selbstbehaltwahl-tarif; **Alternative Medizin:** teilweise Kostenübernahme für homöopa-thische Medizin und Osteopathie; **Zu-satzleistungen:** erweiterte Leis-tungen für Sehhilfen; **Auslandsschutz:** Zahlung von Reiseschutzimpfungen (inkl. Malariaphylaxe); **Individu-elle Gesundheitsförderung:** Erstat-tungen für Kurse von Fremdanbietern; **Bonusprogramme:** maximale Bo-nushöhe und Bonushöhe je nachge-wiesene Maßnahme; **Zahnmedizin:** Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung, vergünstigter Zahn-ersatz; **Vorteilsprogramme:** finanzia-ller Vorteil bei Nutzung bestimmter Apotheken, Generika und Hilfsmittel

Top-Kassen für Preisbewusste

Kasse	Note
AOK Plus	Exzellent
BKK Akzo Nobel Bayern	Exzellent
BKK Faber-Castell & Partner	Exzellent
BKK Scheufelen	Exzellent
Die Techniker	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
BIG direkt gesund	Sehr Gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	Sehr Gut
hkk Krankenkasse	Sehr Gut
IKK Brandenburg und Berlin	Sehr Gut
Salus BKK	Sehr Gut
SKD BKK	Sehr Gut

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
AOK Plus	18
BKK Akzo Nobel Bayern	18
BKK Scheufelen	18
BKK Faber-Castell & Partner	17
HEK – Hanseatische Krankenkasse	16
Salus BKK	16
BIG direkt gesund	15
Die Techniker	15
Securvita Krankenkasse	15
AOK Sachsen-Anhalt	14
actimonda krankenkasse	14
BKK DürkoppAdler	14
BKK Gildemeister Seidensticker	14
BKK ZF & Partner	14

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2016 bis 2018

Besondere Methodik

Um der Besonderheit des preisbewussten Kassenkunden gerecht zu werden, wurde bei diesem eine andere Methodik als für die sieben übrigen Profile gewählt: In Bezug auf den Beitrag wurde beim Preisbewussten der günstigste bundesweit erreichbare Beitragssatz mit 25, der teuerste hingegen mit null Punkten bewertet. Was den Wahltarif mit Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit angeht, wurde neben der Prämienhöhe auch die Kombinierbarkeit von Selbstbehalt und Bonusprogramm ins Kalkül gezogen: Maximal erreichbar waren hier elf Punkte. Aus dem Bereich der alternativen Medizin wurden die für Versicherte relativ teure Homöopathie und Osteopathie mit einer maximalen Punktzahl von fünf Punkten einbezogen. Neben Zuschüssen für Sehhilfen wurde auch die Übernahme von Reiseschutzimpfungen inklusive der Malariaphylaxe und einer jährlichen kostenfreien professionellen Zahnreinigung bewertet. In Summe waren hier neun Punkte maximal erreichbar. Sollte die Krankenkasse der Klientel Vorteile bei der Nutzung bestimmter Apotheken bieten, respektive die Zuzahlung bei bestimmten Hilfsmitteln und Generika für diese reduzieren oder sie sogar davon befreien, wurde dies ebenso bewertet wie die mögliche Reduktion von Eigenanteilen bei der Nutzung von bestimmten Zahn-ersatzherstellern. Insgesamt wurden hierfür sieben Punkte vergeben. Die Höhe der maximal erreichbaren nicht zweckgebundenen Geldprämie beim Bonusprogramm schließlich nahm mit maximal acht Punkten Einfluss auf das Ergebnis.

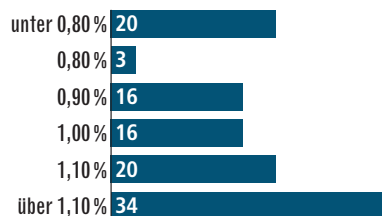


Im Ermessen der Kasse

Welchen Zusatzbeitrag eine Kasse über den allgemeinen Beitrag hinaus verlangt, liegt in ihrem Ermessen. Der vom Gesetzgeber ermittelte Durchschnitt beläuft sich derzeit auf 1,0 Prozent. Der Wert beruht auf der Vorausberechnung der Einnahmen und Ausgaben der GKV für das laufende Jahr. 2017 lag er bei 1,1 Prozent.

Zusatzbeiträge in der GKV 2018

Anzahl der Kassen



Quelle: vdek

Grau, aber **agil**

Die Phase, in der Menschen körperlich und geistig fit sind, hat sich deutlich verlängert. Altersbedingte Erkrankungen und Leiden bleiben dennoch eine Herausforderung

Von wegen altes Eisen. Die technischen Errungenschaften der Moderne werden nicht nur von jüngeren Generationen wie selbstverständlich genutzt. So holen die Senioren in Deutschland etwa in Sachen Internet-Nutzung rapide auf. Laut Digital Index 2017/2018, dem Lagebild zur digitalen Gesellschaft der Initiative D21, wuchs der Anteil der Onliner in der Altersklasse der 60- bis 69-Jährigen in den vergangenen vier Jahren um knapp zehn Prozentpunkte auf 74 Prozent. Bei den 70-Jährigen und Älteren ging es sogar um rund 13 Punkte nach oben auf 42 Prozent. Bei Facebook sind die Senioren die boomende Zielgruppe. Nutzten 2016 einer Erhebung von Faktenkontor zufolge rund 47 Prozent der Web-User jenseits der 60 das soziale Netzwerk, schnellte der Anteil 2017 auf 70 Prozent.

Natürlich ist die zunehmende Aufgeschlossenheit der älteren Generation gegenüber der digitalen Welt in gewissen Teilen eine zwangsläufige Entwicklung, weil immer mehr Services, Produkte und Dienstleistungen nur noch dort zu finden sind. Sie ist aber auch Ausdruck der Ausweitung der Lebensphase geistiger und körperlicher Fitness und Aktivität. So konstatiert etwa die Berliner Altersstudie, an der unter anderem Forscher der Charité

und des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung mitwirkten, dass die 75-Jährigen heute geistig und körperlich wesentlich fitter sind als ihre Altersgenossen vor 20 Jahren. Auch ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit sind in den letzten Jahren gestiegen.

Die Tatsache, dass gesundheitliche Probleme mit zunehmenden Jahren häufiger auftreten als in der Jugend, bleibt dennoch bestehen. In Sachen Krankenkasse sind aktive Senioren daher bei Anbietern gut aufgehoben, die für mit dem Alter korrelierende Leiden wie Augenerkrankungen (z. B. Makuladegeneration), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz) oder Osteoporose besondere Versorgungsverträge abgeschlossen haben oder ein besonderes Versorgungsmanagement anbieten. Letzteres beinhaltet z. B. eine persönliche Beratung und Begleitung durch einen festen Ansprechpartner bei der Kasse, eine beschleunigte Terminvermittlung und eine wissenschaftliche Begleitung und Überprüfung des Betreuungsprogramms. ●



Top-Kassen für aktive Ältere

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
Die Techniker	Exzellent
AOK Baden-Württemberg	Sehr Gut
AOK Plus	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Sehr Gut
IKK Südwest	Sehr Gut

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
Die Techniker	53
Barmer	46
DAK-Gesundheit	44
HEK – Hanseatische Krankenkasse	43
KKH Kaufmännische Krankenkasse	41
Securvita Krankenkasse	41

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2010 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Altersmedizin (Geriatric), Augenerkrankungen (z.B. Makuladegeneration), Herz-Kreislauf-System (z.B. Herzinsuffizienz), Krebserkrankungen/Onkologie, Schmerztherapie (z.B. bei Migräne), Osteoporose, Palliativmedizin; besonderes Versorgungsmanagement im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informationshotline 24/7, Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner bzw. Betreuungsteam, strukturierte ärztliche Zweitmeinung, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, elektronische Patientenquittung

Vorteilsprogramme: finanzieller Vorteil bei Nutzung bestimmter Apotheken, Generika und Hilfsmittel

Zahnmedizin: Zahnersatz „zum Nulltarif“, Zahnersatz zu vergünstigten Konditionen

Zusatzleistungen: zusätzliche häusliche Krankenpflege (Leistung auch für Grundpflege und Hauswirtschaft), Haushaltshilfen für Mitglieder ohne Kind im Haushalt, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten



Spitzenleistungen.

Mein Beitrag für beste Qualität

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!



www.knappschaft.de



Gut geschützt **im Ernstfall**

Selbstständige genießen Freiheiten, tragen aber auch höhere Risiken als Angestellte. Bei der Krankenversicherung sollten sie auf ein weit reichendes Krankengeld Wert legen

Beruflich selbstständig zu sein bringt gewisse Freiheiten mit sich: Es gibt keinen Chef, der einem Vorgaben macht, kein starres Arbeitszeiten-Korsett, keine fixe Zahl an Urlaubstagen im Jahr. Um die Freiheiten richtig genießen zu können, müssen die Geschäfte natürlich laufen. Entsprechendes fachliches Geschick, persönlicher Einsatz und organisatorische und rechnerische Fähigkeiten sind da Grundvoraussetzungen. Außerdem gilt es, die erhöhten Risiken, die sich aus dem eigenverantwortlichen Arbeiten gegenüber einer abhängigen Beschäftigung ergeben, gut abzusichern.

Bei der Krankenversicherung kann zwischen einer privaten Vollversicherung und der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV gewählt werden. Bei letzterer Option richten sich die Beiträge wie bei Arbeitnehmern nach dem Einkommen. Ebenso gibt die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder und Ehe-/Lebenspartner, wenn diese

über kein oder nur geringes Einkommen verfügen. Der Beitrag allerdings muss komplett selbst gezahlt werden. Wird eine Krankengeldzahlung ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit abgesichert, sind es 14,6 Prozent plus Zusatzbeitrag, ohne Krankengeld 14,0 Prozent plus Zusatzbeitrag vom Brutto bis zu 4425 Euro. Mindestens sind jedoch auf 2283,75 Euro Beiträge zu zahlen. Während des Krankengeldbezugs ist man übrigens von Kassenbeiträgen befreit. Für den Zeitraum davor sollte ebenfalls eine Krankengeldversicherung abgeschlossen werden. Das geht über eine private Police oder einen Wahltarif bei der Kasse. Damit erst gar keine Krankengeldzahlung nötig wird, sollte die Kasse auch großzügig beim Thema Vorsorge und Prävention sein und zum Beispiel zusätzliche Früherkennungstermine und Impfungen erstatten und spendabel bei Zuschüssen für Gesundheitskurse etwa für mehr Bewegung oder Stressabbau sein. ●

Top-Kassen für Selbstständige

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
Die Techniker	Exzellent
AOK Baden-Württemberg	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Sehr Gut
BKK Gildemeister Seidensticker	Sehr Gut
DAK-Gesundheit	Sehr Gut
pronova BKK	Sehr Gut
Securvita Krankenkasse	Sehr Gut

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
Die Techniker	42
HEK – Hanseatische Krankenkasse	40
Securvita Krankenkasse	38
DAK-Gesundheit	36
SBK	34

☐ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2012 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Wahltarife/Zusatzversicherung:

Selbstbehalttarif, Tarife für variable Kostenerstattung, Krankengeld für Selbstständige, Krankengeld für Krankenhausaufenthalt gezahlt wird

Bonusprogramme: Bonifizierung von Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up (alle zwei Jahre für Versicherte ab Alter 35 Jahren), Krebsvorsorge (Frauen ab Alter 20 Jahre, Männer ab Alter 45 Jahre), jährlicher Zahnvorsorge, professioneller Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/vollständiger Impfstatus, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, weitere Bonusprogramme

Zusatzleistungen: erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, Check-up 35 für Versicherte unter 35 Jahren, Brust-



krebsvorsorge und Darmkrebsvorsorge, freie Krankenhauswahl (keine Mehrkosten für Wahl eines zugelassenen Krankenhauses außerhalb der ärztlichen Verordnung)

Alternative Medizin: teilweise Kostenübernahme für Ayurveda, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel), Reflexzonenmassage, Shiatsu

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Zahnmedizin: kostenlose professionelle Zahnreinigung

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, Online-Krankengeldrechner, Call-back-Service, elektronische Patientenquittung, fremdsprachiger Service

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: ambulante Operationen, onlinegestützte Behandlung, psychische Erkrankungen, Rückenerkrankungen, Migräne

kassensuche.de
Der neutrale Krankenkassenvergleich



Alle Daten, Fakten und Leistungen.

Wo können Sie die passende Krankenkasse finden?

Auf kassensuche.de. Hier suchen und vergleichen Sie ganz nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen. Die Ergebnisse sind stets neutral, unabhängig und kostenlos.

Probieren Sie es:

www.kassensuche.de

Wenn's mehr **sein soll**

Geben Sie sich beim Versicherungsschutz nicht mit Mittelmaß zufrieden.
Auch an die GKV kann man hohe Ansprüche stellen – die eingelöst werden

Beim Versicherungsschutz sollte man nicht sparen. Schließlich will man im Schadensfall gut versorgt sein. Was nicht heißt, dass man das Versicherungsportfolio im Haushalt und das Preis-Leistungs-Verhältnis bei den einzelnen Policen nicht optimieren kann. Einmal im Jahr sollten die bestehenden Verträge gesichtet und entschieden werden, ob sie noch zur Lebenssituation passen, was entsprechend aussortiert, was erweitert und wo nach einem attraktiveren Tarif gesucht werden sollte. Optimierungsbedarf besteht in vielen Haushalten. So gab es 2017 laut Umfrage des IfD Allensbach in fast einem Drittel der Haushalte keine Privathaftpflichtversicherung. Dabei ist der Schutz elementar, schließlich können schon kleine Missgeschicke anderen Personen erhebliche Schäden zufügen, die enorme Geldforderungen nach sich ziehen. Ebenso wird vielerorts die Absicherung der Arbeitskraft vernachlässigt. So verfügt laut Allensbach-Erhebung nur ein Viertel der Haushalte über eine Berufsunfähigkeitsversicherung, die eine Rente und damit einen Lebensunterhalt garantiert, wenn

der Job nur noch teilweise oder gar nicht mehr ausgeübt werden kann.

Selbstverständlich sollte auch die gesetzliche Krankenversicherung regelmäßig unter die Lupe genommen werden. Schließlich ist hier bei den Zusatzleistungen, die über den einheitlichen gesetzlichen Katalog hinaus von den Kassen angeboten werden können, ständig Bewegung im Markt. Die Ansprüche dürfen dabei ruhig hoch sein, angefangen beim Service, der sich im Umfang des Filialnetzes, der telefonischen Erreichbarkeit oder dem Angebot von Terminvermittlungen niederschlägt, über einen erweiterten Kanon an Vorsorge- und Impfleistungen bis zu Zuschüssen zu Gesundheitskursen und professionellen Zahnreinigungen oder Zugang zu High-End-Medizin. Die ist nämlich keineswegs nur Privileg Privatversicherter. Über sogenannte Selektivverträge, die die Kassen direkt mit Kliniken, Ärzten oder anderen Anbietern schließen, können auch bei GKV-Patienten besonders schonende Verfahren zur Tumorbekämpfung zum Einsatz kommen oder minimalinvasive chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. ●





Top-Kassen für Anspruchsvolle

Kasse	Note
Die Techniker	Exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	Exzellent
IKK Brandenburg und Berlin	Exzellent
Securvita Krankenkasse	Exzellent
AOK Baden-Württemberg	Sehr Gut
AOK Nordwest	Sehr Gut
AOK Plus	Sehr Gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Sehr Gut
BKK VBU	Sehr Gut
BKK VerbundPlus	Sehr Gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	Sehr Gut
BKK24	Sehr Gut
DAK-Gesundheit	Sehr Gut
IKK Südwest	Sehr Gut
Novitas BKK	Sehr Gut
pronova BKK	Sehr Gut
SBK	Sehr Gut
Viactiv Krankenkasse	Sehr Gut

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

Weitere Ergebnisse unter www.dfsi-institut.de

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
Securvita Krankenkasse	52
Die Techniker	50
DAK-Gesundheit	48
HEK – Hanseatische Krankenkasse	47
SBK	46
Barmer	44
AOK Baden-Württemberg	42
AOK Plus	41
AOK Nordwest	41
Bergische Krankenkasse	40

☒ regional geöffnet ☐ bundesweit geöffnet

¹⁾ Top 10 im Zeitraum 2010 bis 2018

ABGEFRAGTE KRITERIEN:

Wahltarife/Zusatzversicherungen: Tarife für (variable) Kostenerstattung, Zahnzusatzversicherungstarife

Bonusprogramme: Bonifizierung von Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up (alle zwei Jahre für Versicherte ab Alter 35 Jahre), Krebsvorsorge (Frauen ab einem Alter von 20 Jahren, Männer ab einem Alter von 45 Jahren), Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, Wahrnehmung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U11, J1, J2, jährlicher Zahnvorsorge, professioneller Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/Nachweis vollständiger Impfstatus für Kinder und Erwachsene, Einhaltung aller gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Einhalten von Normalgewicht (BMI im Normalbereich), Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport (z. B. Wander-, Schwimm- oder Sportabzeichen), Teilnahme an Geburtsvorbereitungskurs (Schwangere und Partner)

Zusatzleistungen: zusätzliche häusliche Krankenpflege (Kostenübernahme auch für Grundpflege und Hauswirtschaft), freie Krankenhauswahl (keine Mehrkosten bei Wahl einer anderen als vom Arzt zugewiesenen Klinik), zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere über die gesetzlichen Grundlagen hinaus (z. B. Ersttrimesterscreening, 3D-Ultraschall, Toxoplasmosetest usw.), Angebote von zusätzlichen Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Geburtsvorbereitungskurs für den Partner, erweiterte Jugenduntersuchungen, sportmedizinische Untersuchung, Brustkrebsvorsorge, Hautkrebsvorsorge (inkl. Nutzung von Auflichtmikroskop), Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern, Kostenübernahme für spezielle Medikamente, Haushaltshilfen mit Kind im Haushalt des Mitglieds, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen (keine Reiseschutzimpfungen!), medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Hebammenversorgung, Rooming-in bei Kindern

Alternative Medizin: teilweise Kostenübernahme für alternative Krebstherapie und -medikamente, anthroposophische Medizin (Therapie und Medikamente), Ayurveda, Chelat-Therapie, Eigenbluttherapie, Feldenkrais-Methode, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel), Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie, Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums, Förderung des Nichtrauchens, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Zahnmedizin: kostenlose professionelle Zahnreinigung, erweiterte zahnärztliche Behandlung, Beratungsservice mit fachlich ausgebildetem Personal

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Online-Filiale, Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner/extra aufgestelltes Betreuungsteam, Reha-Beratung, strukturierte ärztliche Zweitmeinung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, fremdsprachiger Service

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Praxisnetze (Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen in der wohnortnahen ambulanten Versorgung), regionale Vollversorgung



GROSS WERDEN IST DAS GRÖSSTE ABENTEUER!

Und wir sind dabei!

Mit unserem DAK AktivBonus Junior gibt es bis zu 1.626 Euro zum 18. Geburtstag.

Gesundes Aufwachsen wird bei uns belohnt. So können durch Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Vereinssport bis zu 1.626 Euro zum 18. Geburtstag zusammenkommen. Das rechnet sich doch, oder?



Mehr zu unseren PLUS-Leistungen für Kinder und Familien auf www.dak-vorteile.de

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.