

Der große
**Kassen
Guide**

Die besten Versicherungen für
Familien, Sportler, Senioren, Berufseinsteiger, Preisbewusste,
Selbstständige, Alternativmedizin-Anhänger und Anspruchsvolle



Von Anfang an... engagiert sich die BARMER GEK für Familien, vom Screening auf Schwangerschaftsdiabetes, über Prävention bis Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen, Betrieben. Dafür gibt es jedes Jahr Bestnoten. Wir tun alles dafür, dass Sie gesund bleiben und werden.

Mehr Infos unter: www.barmer-gek.de

**BARMER
GEK** die gesund
experten

Editorial

Frank Pöpsel,
Chefredakteur



Gezielte Breitband-Wirkung

Kennen Sie die häufigste chronische Krankheit der Deutschen? Es sind Allergien. Einer aktuellen Forsa-Umfrage für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft zufolge ist heute fast jeder dritte Bundesbürger Allergiker. Egal, ob Pollen-, Hausstaubmilben- oder Lebensmittel-Allergie – sie alle belasten die Psyche Betroffener und schränken deren Leistungsfähigkeit ein. Chronische Krankheiten erfordern eine gut abgestimmte, kontinuierliche Behandlung und Betreuung. Das wissen die gesetzlichen Krankenkassen nur zu gut. Nicht umsonst verfügen sie über ein breites Portfolio sogenannter Disease-Management-Programme.

Sie sehen: Die Kassen sind auf der Höhe der Zeit. Auch dem demografischen Wandel hierzulande und der damit steigenden Multimorbidität bei Senioren wirken sie mit immer mehr qualitätsgesicherten Modellen zur sogenannten Integrierten Versorgung entgegen. Zudem folgen AOK & Co. dem Trend zur Naturmedizin als sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin.

Trotz aller Breitband-Wirkung – nicht für jedes medizinische Bedürfnis, nicht für alle Vorlieben der vielschichtigen Versichertengemeinde hat jede Kasse immer die optimale Arznei parat. Welche aber passt zu wem? Antwort auf diese Frage gibt der Kassen-Guide von FOCUS-MONEY und dem Deutschen Finanz-Service-Institut (DFSI). Für acht Typen von Versicherten nennt er die optimalen Adressen.

Ihr Frank Pöpsel

Impressum

Redaktion: Axel Hartmann, Thomas Schickling
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
Stand: 5/2012

Fotos: Can Stock Photo (2), iStockphoto (4), Photocase, Dreamstime, Fotolia, S. Ugurlu/FOCUS-MONEY
Composing: FOCUS-MONEY
Titel: Can Stock Photo (4)

INHALT

4 GKV aktuell

Von wegen Einheitskasse: Die gesetzlichen Versicherungen unterscheiden sich sehr wohl in ihrem Angebot. Welche Freiheiten der Gesetzgeber einräumt

6 GKV-Katalog

Die 13 Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheiden und aktualisieren den standardmäßigen Versicherungsschutz der Kassen. Welche Leistungen derzeit zum Portfolio gehören

8 Kassenwechsel

Ordentliche Kündigung, spezielle Bindungsfristen beim Abschluss von Wahlтарifen und Sonderkündigungsrechte: Welche Fristen freiwillig und pflichtversicherte Kunden beachten müssen

10 Bewertungs- schema

Nach welchen Kriterien FOCUS-MONEY die Top-Kassen für acht beispielhafte Versicherten-Typen ermittelt hat

12 Profile

Die besten gesetzlichen Kassen für Familien, Preisbewusste, Selbstständige, Alternativmedizin-Anhänger, Sportler, Berufseinsteiger, Anspruchsvolle und aktive Ältere



Vergleich

**PASSGENAU
STATT
NUR PREISWERT**

Wer bei der Krankenversicherung nur die Kosten im Blick hat, denkt zu kurz. Die Leistung ist das A und O und sollte bei der Wahl der passenden Kasse den Ausschlag geben

Über Rücklagen von 9,9 Milliarden Euro verfügten die gesetzlichen Krankenkassen nach Angaben des GKV-Spitzenverbands zum Jahresende 2011. Ein hübsches Sümmchen – das reichlich Begehrlichkeiten weckt. Die verschiedensten Ideen, wozu das Geld genutzt werden sollte, flatterten in den vergangenen Wochen durch die Medien: Prämien an die Versicherten ausschütten, den Beitragssatz senken, die Praxisgebühr abschaffen. Aus Kundensicht alles attraktive Maßnahmen. Johann-Magnus von Stackelberg indes, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands, kann den Vorschlägen wenig abgewinnen. „Die Summe entspricht lediglich fünf Prozent der Jahresausgaben. Vor diesem Hintergrund warnen wir dringend vor irgendwelchen Einnahmekürzungen. Wer heute nur auf die aktuelle Situation schaut und die Einnahmen kürzt, organisiert das Defizit von morgen“, meint der Funktionär.

Seine Empfehlung: Jetzt, da die finanzielle Situation stabil sei, müssten Rücklagen für schlechte Zeiten aufgebaut werden. Und die schlechten Zeiten könnten schneller wieder kommen, als man denkt. So rechnet etwa die Unternehmensberatung McKinsey bereits für 2014 wieder mit einem Minus in der GKV-Bilanz von mehr als neun Milliarden Euro, sofern die gesetzlich vorgeschriebene Liquiditätsreserve nicht angetastet werde. Der Grund ist simpel: Die Ausgaben wachsen schneller als die Einnahmen. Während etwa die Kosten für Arzthonorare, Arzneimittel, Krankenhausbehandlungen & Co. im Mittel um 3,9 Prozent im Jahr zulegten, so die Annahmen der Berater, steige das Aufkommen aus den Beiträgen der Versicherten nur um jährlich 1,4 Prozent. Das bei einem solchen Verhältnis – auch wenn aktuell ein Überschuss vorhanden ist – langfristig kein positiver Saldo herauskommen kann, dürfte auch mäßig mathematisch begabten Mitbürgern einleuchten.

Langfristigen Nutzen sehen. Die Mehrheit der Deutschen, so zeigt eine Umfrage des Magazins „stern“, erliegt denn auch nicht der Aussicht auf kurzfristige finanzielle Vorteile. 53 Prozent plädieren dafür, die Überschüsse bei den Kassen zu belassen. Als die langfristig tragfähigere Strategie erweist es sich ohnehin, bei der Wahl des richtigen Versicherungsschutzes nicht aufs eigene Portemonnaie, sondern auf den Leistungskatalog der Versicherung zu schauen. Denn mal ganz ehrlich: Worin liegt der höhere Nutzen? In 60 Euro Prämie im Jahr, die eine Kasse an ihre Kunden ausschüttet, oder in einer passgenauen medizinischen Versorgung bei einer komplizierten Erkrankung?

Ein genauer Blick in die Leistungskataloge sollte bei der Kassenwahl selbstverständlich sein. Denn das Portfolio ist bei den gesetzlichen Versicherern keineswegs identisch, auch wenn der Gesetzgeber im fünften Sozialgesetzbuch in mehr als 300 Paragraphen einen verbindlichen Rahmen dafür vorgibt (s. S. 6/7). Vielfach heißt es nämlich „Die Kasse kann“ und nicht „Sie muss“. So steht es den Versicherungen zum Beispiel frei, Verträge mit Ärzten oder medizinischen Einrichtungen zu schließen und besondere Versorgungsmaßnahmen, -wege und -konzepte für einzelne Erkrankungen zu vereinbaren. Zudem kann das gesetzlich vorgegebene Maß bestimmter Leistungen erweitert werden, etwa wenn es um das Spektrum erstattungsfähiger Schutzimpfungen geht. Ebenso ist Raum für freiwillige Angebote wie Bonusprogramme, die gesundheitsbewusstes Verhalten belohnen, oder Wahltarife, die bei Vermeidung von Kosten zu Lasten der Kasse Prämienzahlungen vorsehen.

Mehr Vielfalt. Zum 1. Januar 2012 wurden die Möglichkeiten der Kassen, sich von den Wettbewerbern abzugrenzen, noch einmal erweitert – mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen können demnach in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der künstlichen Befruchtung, der zahnärztlichen Behandlung (ausgenommen Zahnersatz), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln sowie mit Heil- und Hilfsmitteln, im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie für nicht zugelassene Leistungserbringer (z. B. Heilpraktiker) vorsehen. Voraussetzung ist, dass die Angebote nicht grundsätzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss, dem obersten Gremium der Selbstverwaltung der Kassen, Ärzte und Kliniken (s. auch S. 6/7), ausgeschlossen sind.

Für Verbraucher, die einen Kassenwechsel erwägen (s. auch S. 8), ist es jedoch nicht einfach, die Leistungen der Anbieter in den unterschiedlichen Bereichen zu durchschauen und zu erkennen, ob sie zum eigenen Bedarf passen. Im Kassen-Guide hat FOCUS-MONEY daher zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (s. auch S. 8) und dem unabhängigen Portal GesetzlicheKrankenkassen.de für acht verschiedene typische Versichertenprofile die am besten passenden Kassen ermittelt. Wer darüber hinaus nach individuellen Vorgaben den Markt durchstöbern will, der wird online unter www.gesetzlichekrankenkassen.de/kassensuche fündig.



BREITE PALETTE

GKV-Versicherte genießen standardmäßig einen umfangreichen Versicherungsschutz, der laufend kontrolliert und verändert wird

Wer entscheidet eigentlich, welche Leistungen die rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland für ihre Beiträge bekommen und wohin die knapp 180 Milliarden Ausgaben im System fließen? Im fünften Sozialgesetzbuch (SGB) hat der Gesetzgeber den gesundheitspolitischen Rahmen vorgegeben. Hier ist unter anderem festgelegt, wer sich gesetzlich versichern muss und kann, welche Ansprüche Versicherte grundsätzlich auf Behandlungen beim Arzt und in Kliniken haben, in welchem Umfang Heil- und Hilfsmittel erstattet werden, welche Zuzahlungen zu leisten sind oder in welchem Umfang Krankengeld gezahlt wird. Für welche konkreten medizinischen Methoden oder Arzneimittel die Krankenkassen die Kosten am Ende übernehmen, ist im SGB jedoch nicht im Detail geregelt. Hier kommt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ins Spiel. Er füllt gewissermaßen den gesetzlichen Rahmen mit Leben. Das 13-köpfige Gremium, das 2004 installiert wurde, setzt sich aktuell aus drei Unparteiischen sowie je fünf Vertretern aus dem Lager der Krankenkassen und dem Lager der Ärzte, Zahnärzte und Kliniken zusammen. Die Mitglieder werden von den Trägern des G-BA für vier Jahre bestimmt. Dies sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. An

den Sitzungen des G-BA nehmen auch bis zu fünf Patientenvertreter teil, die ein Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch kein Stimmrecht besitzen. Mit Hilfe externer Experten und Sachverständiger (z. B. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) prüft der G-BA sowohl neue medizinische Methoden und Arzneimittel als auch bereits im GKV-Katalog gelistete Leistungen auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Ebenfalls zu den Aufgaben gehört die Erarbeitung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Bei seiner Arbeit folgt der G-BA einer strengen Verfahrensordnung, die unter anderem die Ansprüche an wissenschaftliche Methoden und die Unabhängigkeit von Sachverständigen regelt. Sollen Leistungen im GKV-Katalog verändert, gestrichen oder ergänzt werden, beschließt der G-BA dies in Form von Richtlinien. Juristisch haben sie den Charakter untergesetzlicher Normen und sind bindend für alle Akteure im GKV-System. Die Beschlüsse müssen dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt werden. Gibt es keine Beanstandungen, werden sie im Bundesanzeiger veröffentlicht und damit rechtswirksam. Folgende Leistungen bilden im Kern den Katalog, den alle gesetzlichen Kassen grundsätzlich anbieten müssen:

- Kontrolluntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Verhütung von Krankheiten sowie Untersuchungen bei akuten Erkrankungen; Haus- und Fachärzte sind frei wählbar, sofern sie eine Kassenzulassung besitzen;
- Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission empfiehlt und die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden;
- Behandlung von Unfällen und die anschließende Nachsorge;
- stationäre Klinikaufenthalte in Vertragskrankenhäusern mit Anspruch auf Pflegeleistungen und Unterbringung im Mehrbettzimmer;
- Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt verordnet wurden; bei Kindern unter zwölf Jahren werden auch die Kosten für nicht verschreibungs-, aber apothekenpflichtigen Mittel übernommen, wenn sie der Arzt verordnet; Gleiches gilt für Erwachsene, wenn die Mittel bei schweren Erkrankungen zum Therapiestandard gehören;
- Heilmittel wie z.B. Krankengymnastik oder Sprach- und Beschäftigungstherapien;
- Hilfsmittel wie z.B. Prothesen oder Hörgeräte in einfacher Ausführung, die nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Bagatellhilfsmittel gelten;
- Leben Kinder im Haushalt, können Eltern im Krankheitsfall eines Kindes jedes Jahr bis zu zehn Arbeitstage je Kind zu Hause bleiben, um für es da zu sein; als Lohnersatz wird ein Kinderkrankengeld gewährt;
- Zahnbehandlungen und Zahnersatz. Für Letzteres werden befundbezogene Festzuschüsse gezahlt, die in etwa 50 Prozent der Kosten der sogenannten Standardtherapie entsprechen.
- Kieferorthopädische Behandlungen für Jugendliche unter 18 Jahren bei entsprechender Indikation und für Erwachsene bei schweren Kieferfehlbildungen, bei denen chirurgische und orthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind;

- Fahrtkosten zu Behandlungen für Blinde, Gehbehinderte und in der Mobilität eingeschränkte Personen;
 - Arzt- und Behandlungskosten bei verordneten ambulanten und stationären Kuren; bei stationären Kuren werden auch Unterbringung und Verpflegung gezahlt;
 - Psychotherapie nach entsprechender Verordnung bei allen zugelassenen Therapeuten;
 - Krankengeld bei längerer Arbeitsunfähigkeit (in der Regel ab der siebten Woche nach der ersten Krankschreibung). Es beträgt 70 Prozent des letzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts, maximal aber 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts;
 - Mutterschaftsgeld, sofern die Frau bei Beginn der Schutzfrist (beginnt sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin und endet acht Wochen nach der Geburt) in einem Arbeitsverhältnis steht oder in Heimarbeit beschäftigt ist. Für Arbeitnehmerinnen beträgt es 13 Euro pro Tag, den Rest bis zum bisherigen Nettoeinkommen legt der Arbeitgeber drauf.
 - Kosten für Haushaltshilfen, wenn wegen Erkrankung der Haushalt nicht geführt werden kann und dort Kinder unter zwölf Jahren leben.
- Der Schutz in der GKV besteht übrigens auch bei Aufenthalt im Ausland. Die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), die auf der Rückseite der Versicherungs-Chip-Karte aufgedruckt ist, gilt in 33 europäischen Ländern und Überseegebieten, die zu diesen gehören (z. B. Französisch-Guayana, Madeira). Mit ihr erhalten Versicherte beim Arzt, im Krankenhaus oder in der Apotheke alle medizinisch notwendigen Leistungen, die nicht bis zur Rückkehr nach Hause warten können. Der Leistungsumfang vor Ort richtet sich nach den Rechtsvorschriften des jeweiligen Landes, so, als wäre man dort versichert. In einigen Ländern ist die Bezahlung direkt beim Arzt üblich (z. B. Finnland, Frankreich). Die Kasse erstattet dann bei Rückkehr den für die Behandlung hierzulande üblichen Satz.

Was Versicherte suchen

Das Portal GesetzlicheKrankenkassen.de hat im Zeitraum von November 2009 bis September 2011 gezählt, welche Einzelleistungen aus dem Angebot gesetzlicher Kassen am häufigsten gewählt wurden bei der Suche nach der zu den eigenen Wünschen passenden Versicherung. Die Tabelle zeigt die Spitzenreiter in acht übergeordneten Bereichen. Der größte Renner: Boni für Vorsorgeuntersuchungen.

Bereich	meistgesuchte Leistung*	Anfragen 11/09 bis 9/11
Bonusprogramme	Bonifizierung von Vorsorgeuntersuchungen	98 650
Wahltarife	Wahltarif mit Beitragsrückerstattung	81 447
Naturheilverfahren	Kostenübernahme für homöopathische Medizin	62 893
Zusatzleistungen	Angebot zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen	59 300
bes. ambulante/Integr. Versorgung	Versorgungsverträge für Rückenerkrankungen	46 776
Vorteilsprogramme	Vorteil bei Nutzung bestimmter Apotheken	39 387
Serviceleistungen	durchgehend besetztes Servicetelefon	38 977
Gesundheitsförderung	Zuschuss für Kurse zu Yoga/Meditation	32 024

*in der Kassensuche auf www.gesetzlichekrankenkassen.de

Kassenwechsel

TIPPS

So funktioniert der Wechsel

145 Krankenkassen buhlen in der Bundesrepublik um Kunden. 43 davon allerdings sind nicht für die Öffentlichkeit zugänglich, sondern nehmen nur bestimmte Mitglieder auf (z.B. die Angestellten ausgewählter Unternehmen). Von den offenen sind 43 für Versicherte aus dem gesamten Bundesgebiet zugänglich, 59 sind nur regional begrenzt in einem oder mehreren Bundesländern aktiv. In jedem Fall aber haben die 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland bei der Krankenversicherung die Qual der Wahl. Beim Vertragsabschluss gilt es, Folgendes zu beachten:

- Freiwillige wie pflichtversicherte Mitglieder einer gesetzlichen Kasse können den Versicherer wechseln, wenn sie die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten erfüllt haben. Die Kündigung wirkt zum Ende des übernächsten Monats. Wer also im Mai kündigt, wird zum 1. August Mitglied der neuen Kasse. Der Wechsel klappt aber nur, wenn bei der alten Kasse eine Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse vorgelegt wird.
- Grundsätzlich kann jede Kasse gewählt werden, die im Wohnort-Bundesland oder im Bundesland, in dem der

Arbeitgeber sitzt, für die Allgemeinheit geöffnet ist. Mit Beginn der Versicherung startet die Mindestbindungsfrist von 18 Monaten von Neuem.

- Die 18-Monats-Frist besteht nicht, wenn der Arbeitgeber gewechselt und nicht nahtlos, ohne wenigstens einen Kalendertag dazwischen, ein neuer Job aufgenommen wird. Auch beim Wechsel in eine private Krankenversicherung (PKV) kann ohne Rücksicht auf die Mindestbindung gekündigt werden. Kassen können zudem in ihrer Satzung festschreiben, dass bei Wechsel zu einem Versicherer gleicher Art (also z.B. von BKK zu BKK) keine Mindestbindungsfrist gilt.

- Ein Sonderkündigungsrecht besteht, wenn die aktuelle Kasse einen Zusatzbeitrag erstmalig erhebt, einen bestehenden Zusatzbeitrag erhöht oder eine bislang gezahlte Beitragsprämie verringert. Zum Ende des übernächsten Monats kann dann gekündigt werden. Die Kasse muss auf die Fälligkeit des neuen oder erhöhten Zusatzbeitrags spätestens einen Monat vorher hinweisen. Versäumt sie dies, verlängert sich das Sonderkündigungsrecht.



- Wer sich in einen Wahltarif eingeschrieben hat, der kann die Mitgliedschaft erst mit Ablauf der im Tarif geregelten Mindestbindungsfrist kündigen, auch wenn er schon mehr als anderthalb Jahre bei der Kasse Kunde ist. Die Bindungsfrist beträgt bei Tarifen für Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen ein Jahr, bei Tarifen mit Selbstbehalt und Krankengeld drei Jahre.

- Ausnahme: Bei neuem und erhöhtem Zusatzbeitrag sowie verminderter Prämie gilt auch für Mitglieder in Wahltarifen – ausgenommen sind Krankengeldtarife – ein Sonderkündigungsrecht. Ebenso kommt vorzeitig aus einem Wahltarif, wer in die PKV wechselt oder die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung bei einer anderen gesetzlichen Kasse erfüllt.

HINTERGRUND

Transparenz schaffen

Das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSi) mit Sitz in Köln sammelt und erhebt als unabhängiger Datendienst marktrelevante Informationen zu Versicherern, Banken, Bausparkassen und zu gesetzlichen Krankenkassen. „Für private Kunden, Verbraucher und institutionelle Marktteilnehmer werden entscheidungsrelevante Informationen wie zum Beispiel Urteile von Rating-Agenturen, Risikokennzahlen und Leistungsdaten gebündelt und übersichtlich dargestellt“, erklärt Geschäftsführer Thomas Lemke (s. Foto). Bei der Ausarbeitung von Test-Methodiken wird das DFSi von einem Fachbeirat unterstützt, dessen Mitglieder jahrelange Erfahrungen im deutschen Rating-Markt und im Sektor der Finanzdienstleistungen

und Versicherungen gesammelt haben. Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen hat sich das DFSi auf die Fahnen geschrieben, Orientierung im immer breiter werdenden Angebotsspektrum der Versicherungen zu geben. Die Kassen haben ihre Anstrengungen verstärkt, sich voneinander zu unterscheiden. Umso stärker stellen sich Fragen wie: Welche Kasse hat die Leistungen, auf die ich besonderen Wert lege? Wie finde ich diese Kasse? Und wie kann ich die Kosten für den Gesundheitsschutz optimieren? Unter anderem in einem jährlichen großen Kassentest in Zusammenarbeit mit dem Online-Dienst GesetzlicheKrankenkassen.de und FOCUS-MONEY gibt das DFSi Antworten darauf.



Thomas Lemke,
Geschäftsführer des
DFSi in Köln



„Die TK ist meine Nr. 1:
Denn sie hat mir zur Behandlung meines Gehirntumors das weltweit modernste Verfahren ermöglicht – die Radiochirurgie. Und auch noch alle Kosten übernommen.“



Die TK bietet Ihnen starke Leistungen für alle Fälle:

- **TK-Klinikführer**
Hilft Ihnen, eine passende Klinik zu finden
- **TK-ÄrzteZentrum**
Kompetent mit Fachärzten besetzt
- **Innovative Leistungen**
Transplantationsmedizin, Mikrotherapie und vieles mehr

Nur drei von mehr als 10.000 Leistungen. Wir beraten Sie gern ausführlich.

Tel. 0800 - 285 85 85
(gebührenfrei innerhalb Deutschlands, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr)

www.tk.de

Versprochen:
Auch 2014 kein
Zusatzbeitrag!

„Ich bin heute vor allem hier,
weil die TK für mich da war.“

Jürgen Köhler, TK-versichert seit 1988



So wurden die passenden Kassen ermittelt

Für den Kassen-Guide wurden acht beispielhafte Versicherten-Typen konzipiert. Jedem Profil sind dabei Leistungen aus dem Katalog der GKV und den individuellen Kassenangeboten zugeordnet, die für die betreffende Gruppe einen besonderen Mehrwert darstellen. Anhand von Daten, die das unabhängige Portal www.gesetzlichekrankenkassen.de regelmäßig per Fragebogen von den Krankenkassen erfasst, wurde verglichen, welche Anbieter die höchste Übereinstimmung mit dem jeweiligen Profil aufweisen. Folgende Punkte wurden dabei vergeben (die Ergebnisse finden sich in den Tabellen auf den folgenden Profil-Seiten):

Besondere ambulante/integrierte Versorgung: zwei Punkte, wenn für die betreffende Indikation ein Vertrag im gesamten Versorgungsgebiet der Kasse besteht; ein Punkt, wenn das Angebot nur regional begrenzt besteht; Deckung bei maximal zwölf Punkten je Indikationsbereich.

Alternative Medizin: zwei Punkte, wenn für ein Verfahren bei allen zugelassenen Leistungserbringern im Versorgungsgebiet geleistet wird; ein Punkt, wenn bei Behandlung durch ausgewählte Leistungserbringer im gesamten Versorgungsgebiet gezahlt wird; 0,5 Punkte bei nur regionaler Leistungserstattung.

Zusatzversicherungen, Wahltarife, Zusatzleistungen und individuelle Gesundheitsförderung: zwei Punkte je

vorhandenem Angebot; beim Profil „Selbstständige“ zwei Punkte für Krankengeldwahltarif, der höhere Leistung als gesetzliches Krankengeld ermöglicht; zwei Punkte für mögliche Kombination von Krankengeld und Krankengeldwahl-tarifen; zwei Punkte für Krankenhaustagegeldwahl-tarif, der höhere Leistung als gesetzliches Krankengeld ermöglicht.

Auslandsschutz: zwei Punkte, wenn für Impfung und Impfstoff voll gezahlt wird; ein Punkt bei Kostenübernahme zu mindestens 50 Prozent für Impfung und Impfstoff; zwei Punkte für kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung.

Zahnmedizin: zwei Punkte für kostenlose professionelle Zahnreinigung für alle Versicherten und ein Punkt bei Kostenübernahme für Versicherte in bestimmten Versorgungsformen.

Service: zwei Punkte je vorhandener Serviceleistung; beim Profil „Anspruchsvolle“ zusätzliche zwei Punkte bzw. ein Punkt, wenn am Servicetelefon ausschließlich bzw. überwiegend Sozialversicherungsfachangestellte sitzen.

Bonus-/Vorteilsprogramme: ein Punkt je bonifizierter Maßnahme, zwei Punkte je Vorteilsprogramm.

Profil „Preisbewusste“: zwei Punkte je Angebot, das einen finanziellen Vorteil bietet; Bewertung Bonusprogramm und Zahnmedizin wie bei anderen Profilen.

Familien

Besondere ambulante bzw. Integrierte Versorgung im Bereich ...

Frauenheilkunde (z. B. Gestationsdiabetes-Screening), Kinderheilkunde (z. B. Erkrankungen bei Neugeborenen), HNO-Erkrankungen (z. B. Tinnitus), Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis).

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ... häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Hebammenversorgung, Rooming-in.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

gesunde Ernährung, Gesundheitsreisen, Bewegung.

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für ... Phototherapie

Leistungen für Auslandsreisen ...

Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen, kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung.

Serviceleistungen ...

medizinische Beratungs-Hotline, Versorgungsmanagement, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorge-Erinnerungsservice.

Preisbewusste

Wahltarife mit finanziellem Vorteil ...

Integrierte Versorgung, hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme, Modellvorhaben, Selbstbehalt,

Beitragsrückerstattung, Kombination aus Wahltarifen.

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an ...

Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up, Krebsvorsorge, Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, jährliche Zahnvorsorge, professionelle Zahnreinigung, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft, Nachweis Nichtraucherstatus/Teilnahme an Raucherentwöhnung, Nachweis Normalgewicht, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Nachweis Leistungsabzeichen im Sport.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

grundsätzliche Kostenübernahme für diverse Kurse.

Leistungen für Auslandsreisen ...

kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung.

Leistungen im Zahnbereich für ...

kostenlose professionelle Zahnreinigung, Preisvergleich für Zahnersatz, Zahnersatz zum Nulltarif.

Selbstständige

Besondere ambulante bzw. Integrierte Versorgung im Bereich ...

ambulante Operationen (z. B. im Bereich HNO, Orthopädie, Augen), online-gestützte Behandlung (z. B. telemedizinische Beratung), psychische Erkrankungen

(z. B. Burn-out, Angststörungen), Schlafstörungen (z. B. Schlafapnoe), Suchterkrankungen (z. B. Drogensucht, Alkoholsucht), Rückenerkrankungen, Migräne.

Wahltarife mit finanziellem Vorteil/ergänzender Leistung ...

Selbstbehalt, variable Kosten-erstattung, Krankengeld/Kombination von Krankengeldwahl-tarifen.

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an ...

Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up, Krebsvorsorge, Zahnvorsorge, professionelle Zahnreinigung, Schutzimpfungen, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio.

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ...

Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten.

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für ...

Ayurveda, Homöopathie, Reflex-zonen-Massage, Shiatsu.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

autogenes Training, Yoga, progressive Muskelentspannung.

Leistungen im Zahnbereich für ...

kostenlose professionelle Zahnreinigung.

Leistungen für Auslandsreisen ...

Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen.

Serviceleistungen ...

Service-Hotline 24/7, medizinische Beratungs-Hotline 24/7, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorge-Erinnerungsservice.

Alternativmedizin-Anhänger

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für ...

alternative Krebstherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Ayurveda, Chelattherapie, Eigenbluttherapie, Eigenharntherapie, Elektrotherapie, Heliotherapie, Homöopathie, Hydrotherapie, Irisdiagnostik, Kryotherapie, Osteopathie, Phototherapie, Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu.

Wahltarife mit ergänzender Leistung ...

Kostenübernahme für spezielle Arzneimittel.

Vorteilsprogramme für Nutzung spezieller ...

Apotheken.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

autogenes Training, Qigong, Tai Chi, Yoga, progressive Muskelentspannung, gesunde Ernährung, Gesundheitsreisen, individuelle Bewegung.

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ...

Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen.

Private Zusatzversicherungen über Kooperationspartner für ...

Heilmethoden nach dem Hufelandverzeichnis, Heilpraktikerleistungen.

Berufseinsteiger

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich ...

ambulante Operationen (z. B. im Bereich Augen, Orthopädie, Beingefäße), Ernährungskrankheiten (z. B. Adipositas), online-gestützte Behandlung (z. B. telemedizinische Beratung), Schlafstörungen (z. B. Schlafapnoe), Suchterkrankungen (z. B. Drogensucht, Alkoholsucht).

Wahltarife mit finanziellem Vorteil ...

Beitragsrückerstattung.

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an ...

Präventionsmaßnahmen, Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, Zahnvorsorge, professionelle Zahnreinigung, Schutzimpfungen, Nachweis Nichtraucherstatus/Teilnahme an Raucherentwöhnung, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Nachweis Leistungsabzeichen im Sport.

Leistungen für Auslandsreisen ...

Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen, kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung.

Leistungen im Zahnbereich für ...

kostenlose professionelle Zahnreinigung.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

Ernährung, Suchtprävention, individuelle Bewegung.

Serviceleistungen ...

Online-Filiale, Reha-Beratung, Vorsorge-Erinnerungsservice.

Sportler

Wahltarife mit finanziellem Vorteil/ergänzender Leistung ...

Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung, variable Kostenerstattung.

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an ...

Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up, Nachweis Nichtraucherstatus/Teilnahme Raucherentwöhnung, Nachweis Normalgewicht, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Nachweis Leistungsabzeichen im Sport.

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ...

Vorsorgeuntersuchungen.

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für ...

Elektrotherapie, Homöopathie, Reflexzonenmassage, Shiatsu.

Besondere ambulante bzw. Integrierte Versorgung im Bereich ...

Orthopädie (z. B. Rückenerkrankungen).

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

autogenes Training, Qigong, Tai Chi, Yoga, progressive Muskelentspannung.

Serviceleistungen ...

Online-Filiale, Reha-Beratung

Anspruchsvolle

Wahltarife mit ergänzender Leistung ...

variable Kostenerstattung.

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an ...

Präventionsmaßnahmen, Gesundheits-Check-up, Krebsvorsorge, Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, Zahnvorsorge, professionelle Zahnreinigung, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft, Nachweis Nichtraucherstatus/Teilnahme Raucherentwöhnung, Nachweis Normalgewicht, Mitgliedschaft im Sportverein,

Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Nachweis Leistungsabzeichen im Sport.

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ...

zusätzliche häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Hebammenversorgung, Rooming-in.

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für ...

alternative Krebstherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Ayurveda, Chelattherapie, Eigenbluttherapie, Eigenharntherapie, Elektrotherapie, Heliotherapie, Homöopathie, Hydrotherapie, Irisdiagnostik, Kryotherapie, Osteopathie, Phototherapie, Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu.

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich ...

autogenes Training, Qigong, Tai Chi, Yoga, progressive Muskelentspannung, gesunde Ernährung, Gesundheitsreisen, Suchtprävention, individuelle Bewegung.

Leistungen im Zahnbereich für ...

kostenlose professionelle Zahnreinigung.

Serviceleistungen ...

Service-Hotline (mit ausgebildeten Fachkräften) 24/7, medizinische Beratungs-Hotline 24/7, Online-Filiale, Versorgungsmanagement, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorge-Erinnerungsservice.

Aktive Ältere

Besondere ambulante bzw. Integrierte Versorgung im Bereich ...

Geriatric (z. B. Demenz), Augenerkrankungen (z. B. Makula-Degeneration), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, Gefäßerkrankungen), Krebserkrankungen (z. B. Radiochirurgie), Neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson), rheumatische Erkrankungen, Schmerztherapien (z. B. Migräne), Osteoporose-Vorbeugung, Palliativmedizin.

Serviceleistungen ...

Versorgungsmanagement, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorge-Erinnerungsservice, Service-Hotline 24/7, medizinische Beratungshotline 24/7.

Vorteilsprogramme für Nutzung spezieller ...

Apotheken, Arzneimittel, Hilfsmittel, Zahnersatzhersteller.

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für ...

zusätzliche häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten.

ESSENZIELLE CHECKS

Kinder-/Jugend-Checks

Untersuchung	Zeitpunkt
GESETZLICH VORGESEHEN	
U1	unmittelbar nach der Geburt
U2	3. bis 10. Lebensstag
U3	4. bis 5. Lebenswoche
U4	3. bis 4. Lebensmonat
U5	6. bis 7. Lebensmonat
U6	10. bis 12. Lebensmonat
U7	21. bis 24. Lebensmonat
U7a	34. bis 36. Lebensmonat
U8	46. bis 48. Lebensmonat
U9	60. bis 64. Lebensmonat
J1	im 14. Lebensjahr
OPTIONAL*	
U10	im Alter von 7 bis 8 Jahren
U11	im Alter von 9 bis 10 Jahren
J2	im Alter von 16 bis 17 Jahren

*wird nicht von allen Kassen gezahlt

Altersabhängige Checks für Erwachsene

Alter ab ...	Untersuchung	Intervall	Zielgruppe
18	Zahnprophylaxe mit Karieskontrolle, Mundhygiene-Beratung, Inspektion der Mundhöhle	jährlich	Männer, Frauen
20	Krebsfrüherkennung m. Genitaluntersuchung u. Gebärmutterhalsabstrich	jährlich	Frauen
30	Krebsfrüherkennung mit Gebärmutterhalsabstrich und Abtasten von Brust und Achseln	jährlich	Frauen
35	Gesundheits-Check auf Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus; Hautkrebs-Screening	jedes 2. Jahr	Männer, Frauen
45	Krebsfrüherkennung m. Genitaluntersuchung u. Abtasten der Prostata	jährlich	Männer
50	Krebsfrüherkennung mit Untersuchung von Rektum u. Dickdarm, Test auf Blut im Stuhl, Mammografie (MG)	jährlich, MG alle 2 Jahre	Männer, Frauen
55	Darmkrebsfrüherkennung: maximal zwei Darmspiegelungen (DS) oder Test auf Blut im Stuhl	DS alle 10 Jahre, Stuhltest alle 2 Jahre	Männer, Frauen

Quelle: eigene Recherchen



Top-Nachwuchspolitik

Deutschlands Paare haben wieder Lust auf Familie. Nach aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamts wurden im Jahr 2010 in Deutschland 678 000 Babys geboren – 13 000 mehr als im Jahr zuvor. Wer ja zum Nachwuchs sagt, will auch medizinisch hervorragend versorgt sein. Werdenden Müttern ist es daher sehr wichtig, dass ihre Kasse während der Schwangerschaft neben allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (Ultraschall-Screening, Chlamydien-Abstrich usw.) im Rahmen der ambulanten respektive integrierten Versorgung (s. S. 26) auch gratis Zusatzleistungen bietet. Zu diesen zählt etwa das Gestationsdiabetes-Screening zur Früherkennung einer Glukosetoleranzstörung. Die Intoleranz tritt während der Schwangerschaft auf und kann sowohl bei der Mutter als auch beim Embryo zu Kurz- und Langzeitschäden führen. Neben medizinischen Leistungen kümmern sich Kassen auch pekuniär um Mitglieder und zahlen

Mutterschaftsgeld. AOK & Co. gewähren diese Leistung während der Mutterschutzfrist, die sechs Wochen vor dem vom Gynäkologen berechneten Entbindungstermin beginnt und acht Wochen nach der Entbindung endet. Bei Mehrlings- oder Frühgeburten dehnt sich die Frist sogar auf zwölf Wochen nach Entbindung aus. Für Arbeitnehmerinnen mit Krankengeldanspruch, die im Durchschnitt mehr als 13 Euro netto pro Tag verdienen, beträgt das Mutterschaftsgeld 13 Euro netto pro Tag. Den Rest zum bisherigen Nettogehalt spendiert während der Schutzfrist der Arbeitgeber. Eltern fordern zudem, dass ihre Kasse den Nachwuchs beim Heranwachsen umorgt. Neben den gesetzlichen Vorsorge-Checks U1 bis J1 legen sie daher Wert darauf, dass ihre Kasse freiwillig für Kinder und Jugendliche zwischen sieben und 17 Jahren die Früherkennungsuntersuchungen U10, U11 und J2 (s. links oben) zahlt. Für Mama und Papa steht zudem im

Fokus, dass die Kasse beim Klinikaufenthalt von Kids bis zum achten Lebensjahr ihnen ohne besondere medizinische Prüfung das Rooming-in einräumt. Dabei übernimmt die Kasse die Kosten für Übernachtung und Verpflegung eines Elternteils im Zimmer des Kindes. **Pekuniäre Pflege.** Auch wenn berufstätige Eltern ihre Kinder zu Hause pflegen und dafür unbezahlten Urlaub nehmen müssen, wird die Kasse aktiv und greift ihnen mit Kinderkrankengeld unter die Arme. Berufstätigen zahlt sie 70 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens, maximal aber 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts abzüglich der Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Beiträge zur Krankenversicherung fallen für Eltern während der Betreuung der Sprösslinge nicht an. Voraussetzung für Kinderkrankengeld: Eltern haben Anspruch auf Krankengeld, das Kind ist Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und noch nicht zwölf Jahre alt. Zudem muss ein Arzt die Notwendigkeit der Betreuung bescheinigen. Vater oder Mutter können pro Sprössling für bis zu zehn Arbeitstage, bei mehr als zwei Kindern 25 Arbeitstage pro Jahr Krankengeld beantragen. Bei Alleinerziehenden sind es 20 Tage pro Kind und Jahr, maximal 50 Tage. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) rät allen Bürgern, ihren Impfschutz zu überprüfen. Doch nur wer umfassend über Krankheiten und entsprechende Schutzimpfungen informiert ist, kann sich bewusst für das Schließen von Impflücken entscheiden. Daher betreiben die Kassen bei Mitgliedern nicht nur Aufklärungsarbeit. Auch haben Kinder, Jugendliche und Erwachsene in der GKV Anspruch auf alle Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (Stiko) in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen wurden. Doch nicht nur innerhalb der deutschen Grenzen sollte eine moderne Krankenkasse für umfassenden Impfschutz sorgen. Daher sehen es Familien als ein Plus, wenn ihre Kasse auch für private Auslandstrips bis zu 100 Prozent der Kosten für Impfstoff und Arzthonorar abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung übernimmt. Voraussetzung ist jedoch, dass die Stiko für das jeweilige Reiseziel in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amts besondere Impfungen empfiehlt.

Rund 1,4 Millionen Deutsche leiden an Krebs – Schicksale, die die Politik nicht kaltlassen. Mit einem Nationalen Krebsplan will Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr gemeinsam mit über 20 Organisationen die Krebsbekämpfung in Deutschland voranbringen. Einen Schwerpunkt des Plans bildet die Weiterentwicklung von Krebs-Früherkennungsprogrammen, den sogenannten Screenings. Denn: Je früher die Geißel der Menschheit erkannt wird, desto größer sind die Heilungschancen. Aktuelle Studien bestätigen, dass sich etwa die Sterberate bei Brustkrebs durch ein Mammografie-Screening um 30 Prozent senken lässt. Aus diesem Grund tragen auch die gesetzlichen Kassen für

weibliche Mitglieder ab 50 Jahren die Kosten für eine Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs. Doch nicht nur im Kampf gegen den Krebs bieten die Kassen ihren Mitgliedern altersabhängige Vorsorge-Tests an. Neben den Früherkennungs-Checks haben sie auch Gesundheits-Check-ups für Erwachsene im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus bis hin zur Zahnprophylaxe (s. links) im Portfolio. Vorsorgeuntersuchungen gibt es aber nicht nur für Erwachsene, sondern auch für Kinder. Neben den gesetzlichen Checks U1 bis J1 (s. links oben) zahlen die Kassen für Kids von zweieinhalb Jahren bis zum sechsten Ge-

Top-Kassen für Familien

Wie auch beim großen Krankenkassen-Guide im Jahr 2011 setzen sich die beiden Dickschiffe Barmer GEK und DAK an die Spitze der bundesweit geöffneten Krankenkassen im Ranking der Top-Anbieter für Familien. Bei den regionalen Vertretern macht die Bergische Krankenkasse einen kräftigen Satz um drei Plätze nach vorn und führt jetzt das Feld an.

Kasse	von max. 81 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Barmer GEK	60
DAK-Gesundheit	60
Techniker Krankenkasse	58
KKH-Allianz	53
Securvita Krankenkasse	47
SBK	44
R+V Betriebskrankenkasse	42
HEK – Hanseatische Krankenkasse	41
Deutsche BKK	40
REGIONAL GEÖFFNET	
Bergische Krankenkasse	50
Salus BKK	41
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	39

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet
Quelle: DStI



Fällige Eigenanteile

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Ausnahmen bilden lediglich Fahrtkosten, Zahnersatz – hier zahlt die Kasse befundbezogene Festzuschüsse (s. auch Lauftext) – und kieferorthopädische Behandlungen, sofern diese nicht abgeschlossen werden. Erwachsene tragen folgende Eigenanteile:
Praxisgebühr: zehn Euro für den ersten Besuch beim Allgemein-, Fach- oder Zahnarzt im Quartal, sofern keine Überweisung aus dem gleichen Vierteljahr vorliegt. Ausgenommen sind Termine zu Zahnprophylaxe, Vorsorge und Schutzimpfungen.
Arzneimittel: zehn Prozent des Arzneimittelpreises, höchstens jedoch zehn und mindestens fünf Euro für verschreibungspflichtige Mittel, sofern diese nicht grundsätzlich zuzahlungsfrei sind, weil sie besonders günstig sind. Liegt der Preis unter fünf Euro, sind die tatsächlichen Kosten zu tragen.
Heilmittel (z.B. Massagen): zehn Prozent der Kosten plus zehn Euro je Verordnung.
Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte): zehn Prozent der Kosten, höchstens jedoch zehn und mindestens fünf Euro. Bei

Hilfsmitteln zum regelmäßigen Verbrauch wie Insulinspritzen sind maximal zehn Euro im Monat zu tragen.
Haushaltshilfe: zehn Prozent der Kosten je Kalendertag, maximal jedoch zehn und mindestens fünf Euro.
Klinik- und Rehabilitationsaufenthalte: zehn Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr.
Fahrten: zehn Prozent der Kosten, höchstens jedoch zehn und mindestens fünf Euro.
Kuren: bei stationären Kuren inklusive Mutter-/Vater-Kind-Kuren zehn Euro je Kalendertag, bei ambulanten Kuren zehn Prozent der Kosten der Kurmittel plus zehn Euro je Verordnung.
Die Zuzahlungen gelten selbstverständlich nur bei entsprechender Verordnung durch einen Arzt bzw. festgestellter medizinischer Notwendigkeit. Versicherte müssen Eigenbeiträge nur bis zu einer Gesamthöhe von zwei Prozent des Bruttoeinkommens im Jahr zahlen. Bei chronisch Kranken beträgt die Belastungsgrenze ein Prozent. Für Partner und Kinder werden dabei Freibeträge angerechnet. Ab der so individuell ermittelten Grenze kann man sich auf Antrag von den Eigenanteilen befreien lassen.

Sparen ohne Reue

Gesundheit ist ein hohes Gut, das seinen Preis hat. 15,5 Prozent vom Brutto bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3825 Euro im Monat sind in der GKV fällig – also maximal 593 Euro inklusive Arbeitgeberanteil. Obendrauf kommen noch vom Versicherten zu leistende Zuzahlungen etwa für Arzneimittel und Klinikbesuche (s. links). Private Krankenversicherungen locken dagegen mit Billigtarifen für 150 oder noch weniger Euro im Monat. Die gibt es jedoch nur für sehr junge und fitte Kunden. In der GKV dagegen spielen Alter und Gesundheitszustand keine Rolle bei der Beitragsberechnung. Außerdem sind die Sonderangebote in der PKV in der Regel erkaufte durch Quersubventionierungen, hohe Eigenanteile oder die Reduzierung von Leistungen.
Wer in der GKV den Preis für die Versicherung drücken will, muss nicht auf Leistungen verzichten, son-

dern hat weiter Anspruch auf den gesamten Katalog. Die Sparmöglichkeiten sind vielfältig. Klassiker sind Bonusprogramme und Wahltarife. Bei Letzteren kommen nicht nur die Optionen mit Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung in Frage, die die Kassen freiwillig anbieten können. Es gibt auch eine Reihe von Pflicht-Tarifen wie die hausarztzentrierte Versorgung oder strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (sogenannte DMP). Wer sich hier einschreibt, wird vielfach etwa von der Praxisgebühr oder anderen Zuzahlungen befreit.
Gratis mit Vorbehalt. Schnäppchenjäger dürften sich außerdem bei Kassen wohlfühlen, die ein- oder zweimal im Jahr eine professionelle Zahnreinigung spendieren. Die Prophylaxebehandlung gehört eigentlich nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog. Ebenso bei ausgewählten Versicherungen gratis im Angebot in Kooperation mit privaten Krankenversicherern: eine Auslandsreisekrankenpolice mit weltweitem Schutz. Die gibt es aller Voraussicht nach aber nur noch bis Ende 2012. Das Bundesversicherungsamt, die oberste Aufsichtsbehörde der Kassen, hat hier einen Riegel vorgeschoben.
Von Dauer indes ist das Angebot des Zahnersatzes zum Nulltarif. Grundsätzlich gibt es in der GKV für Brücken, Kronen & Co. nur befundbezogene Festzuschüsse. Sie decken ungefähr die Hälfte der Kosten für die Standard-Regelversorgung. Wer nachweisen kann, dass er mindestens fünf oder zehn Jahre lang jedes Jahr die Vorsorgetermine beim Zahnarzt wahrgenommen hat, für den erhöht sich der Zuschuss um 20 bzw. 30 Prozent. Ausgewählte Kassen schließen bei zehn Jahren konsequenter Vorsorge auch noch die verbleibende Lücke. Sie zahlen die Regelversorgung im Rahmen eines besonderen Versorgungsvertrags komplett.

Top-Kassen für Preisbewusste

Gleich 24 Wettbewerber schaffen es in die Top-10-Liste der besten gesetzlichen Kassen für Sparfüchse. Die Kategorie wurde in diesem Jahr neu in den Kassen-Kompass von FOCUS-MONEY aufgenommen. Die absoluten Erstattungs- und Bonushöhen spielten bei der Rangreihung keine Rolle. Es wurde nur die Breite der Sparmöglichkeiten bewertet. Hier bieten die Securvita unter den bundesweiten und die BKK Mobil Oil unter den regionalen Kassen die meisten Optionen.

Top-Kassen	von max. 50 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Securvita Krankenkasse	49
BKK ALP plus	44
BKK Gildemeister Seidensticker	43
DAK-Gesundheit	42
HEK – Hanseatische Krankenkasse	42
Techniker Krankenkasse	41
SBK	40
Die Schwenninger Krankenkasse	40
R+V Betriebskrankenkasse	40
BKK Kassana	37
Barmer GEK	36
energie-BKK	36
BKK Pfalz	35
Heimat Krankenkasse	35
REGIONAL GEÖFFNET	
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	42
mhplus Betriebskrankenkasse	40
Bosch BKK	38
Vaillant BKK	37
AOK Rheinland/Hamburg	36
AOK Sachsen-Anhalt	36
BKK Wirtschaft & Finanzen	36
AOK Baden-Württemberg	35
BKK Herford Minden Ravensberg	35
Saint-Gobain BKK	35

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet
Quelle: DFSI

Die Schwenninger ist die Krankenkasse für Familien!

Das beweist auch unser neues und innovatives Angebot www.babyharmonie.de

Hier erhalten Sie viele nützliche Infos und interaktive Tools rund um Babywunsch, Schwangerschaft und Geburt. Die umfassende Plattform bietet Ihnen Broschüren, Checklisten, Newsletter, Fruchtbarkeitskalender und vieles mehr.

Babywunsch
Endlich: Wir sind schwanger!

Schwangerschaft
intensiv genießen!

Geburt & Baby
Hurra, ich bin da!

Sie möchten mehr zu unseren innovativen Angeboten erfahren? So erreichen Sie uns:
Service-Team 0180 255 255 55*
www.Die-Schwenninger.de

* 0,06 €/Anruf aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk höchstens 0,42 €/Min., Kunden mit Flatrate-Anschluss erreichen uns kostenfrei unter 07720 9727-0.



Selbstständige

Tarife mit Profit

Mit den Wahltarifvarianten Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung belohnen die Kassen Kunden, die keine oder nur wenige Leistungen zu Lasten der Versicherung in Anspruch nehmen. Die gesetzlichen Kassen müssen die Tarife nicht im Programm haben, können sie jedoch freiwillig in ihrer Satzung verankern. **Beim Selbstbehalttarif** erklärt sich der Versicherte bereit, bis zu einer bestimmten Summe die Kosten für Behandlungen und Arzneimittel selbst zu tragen. Im Gegenzug bekommt er eine Prämie ausgezahlt. Diese ist jedoch niedriger als der vereinbarte Selbstbehalt. Im Zweifel kann also ein finanzieller Nachteil entstehen, im besten Fall jedoch ein ordentlicher Vorteil. Je nach Einkommen – Selbstbehalttarife werden in der Regel nach dem Brutto des Versicherten gestaffelt angeboten – sind bis zu 600 Euro Prämie drin. Gänzlich ohne Risiko sind dagegen Tarife mit **Beitragsrückerstattung**. Wer einen solchen wählt, bekommt je nach Ausgestaltung bis zu einem Monatsbeitrag inklusive Arbeitgeberanteil zurück, wenn er ein Jahr lang keine Kosten zu Lasten der Kasse verursacht. Ist Letzteres der Fall, verfällt die Prämie komplett. Mitunter ist die Prämie auch gestaffelt, und der maximale Rückzahlungsbetrag ist erst nach zwei oder drei leistungsfreien Jahren in Folge zu erreichen.

Versicherte mit Wahltarif müssen nicht unter allen Umständen Arztbesuche vermeiden, wenn sie ihre Prämie nicht gefährden wollen. Gesetzliche Früh- und Vorsorgeuntersuchungen, von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlene Schutzimpfungen sowie Arzt- und Zahnarztbesuche ohne weitere Verordnung (z. B. Rezept für ein Medikament) werden nicht angerechnet. Das gilt auch für beitragsfrei mitversicherte Partner. Mitversicherte Kinder unter 18 Jahren können sämtliche Leistungen der GKV in Anspruch nehmen, ohne dass dies die Prämie schmälern würde. Einige Kassen bieten auch eine Kombination aus Selbstbehalt und Rückerstattung an. Hier winkt eine maximale Prämie von 900 Euro. Wer sich für einen Beitragsrückerstattungstarif einschreibt, ist für mindestens ein Jahr an seine Kasse gebunden, bei Selbstbehalttarifen gelten drei Jahre Bindungsfrist. Erhebt die Kasse einen Zusatzbeitrag, erhöht sie diesen oder senkt oder streicht sie die an alle Mitglieder ausgezahlte Beitragsprämie, besteht aber ein Sonderkündigungsrecht. Achtung: Im Rahmen von Wahltarifen erstattete Beiträge oder Prämien müssen bei der Steuererklärung von den absetzbaren Aufwendungen für die Krankenversicherung abgezogen werden.

Optimaler Schutz

Als Selbstständiger in die GKV? Muss man sich da nicht privat versichern? Nein. Selbstständige können sich freiwillig gesetzlich versichern mit genau denselben Rechten wie alle anderen Mitglieder. Die Beitragsberechnung ist allerdings komplizierter. Grundsätzlich sind Beiträge auf das Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 45 900 Euro im Jahr) fällig. Weist der Selbstständige ein niedrigeres Einkommen nach durch Vorlage seines letzten Einkommensteuerbescheids, bildet dieses die Berechnungsgrundlage. Mindestens jedoch müssen auf 1968,75 Euro Beiträge entrichtet werden (für Existenzgründer ist die Grenze niedriger).

Selbstständige sind grundsätzlich zunächst ohne Anspruch auf Krankengeld versichert. Der Beitragssatz beträgt dann 14,9 Prozent. Sie zahlen also maximal 564 Euro, mindestens jedoch 293 Euro im Monat für den Schutz im Krankheitsfall.

In der Regel fließt bei Selbstständigen jedoch kein Einkommen,

wenn sie auf Grund einer Erkrankung arbeitsunfähig sind. Daher sollten sie ihren Versicherungsschutz aufpeppen. Das funktioniert über eine Versicherung inklusive dem gesetzlichen Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit (der Beitragssatz beträgt dann 15,5 Prozent), über eine private Krankengeldpolice oder einen Krankengeld-Wahltarif bei der Kasse. Mit Letzteren kann auch eine Lohnersatzleistung abgesichert werden, die höher als das gesetzliche Krankengeld ausfällt und schon vor dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit fließt oder die nur im Falle eines Krankenhausaufenthaltes zahlt.

Für den Krankengeldschutz ist eine zusätzliche Prämie fällig. Zudem bindet ein entsprechender Wahltarif Versicherte für mindestens drei Jahre an ihre Kasse, ohne dass dabei ein Sonderkündigungsrecht besteht.

Sparrchancen ausschöpfen. Wer als Selbstständiger schwer erkrankt, der sollte für den Fall der Fälle nicht nur eine Lohnersatzleistung absichern. Ratsam ist es auch immer, die Möglichkeiten auszuschöpfen, den Beitrag für die Krankenversicherung von vornherein gering zu halten. Schließlich gibt es keinen Arbeitgeber, der für die Hälfte der Beiträge zur Sozialversicherung aufkommt. Ein Weg: die Einschreibung in einen Wahltarif mit Selbstbehalt oder Beitragsrückzahlungen. Mit ihnen lassen sich mehrere 100 Euro im Jahr sparen (s. links).

Wer die Vorteile dieser Angebote voll ausschöpfen will, sollte zusehen, dass er möglichst fit und gesund bleibt. Selbstständigen empfiehlt es sich bei der Kassenwahl daher, ein Auge darauf zu werfen, ob der Anbieter im Rahmen seiner Satzungsleistungen die Kosten für zusätzliche oder erweiterte Vorsorgeuntersuchungen übernimmt und inwiefern er die Teilnahme an Gesundheitskursen (z. B. Yoga oder progressive Muskelentspannung) bezuschusst, die Erkrankungen vorbeugen.

Schlägt das Schicksal dennoch einmal zu, gilt es, schnell wieder auf die Beine zu kommen, um den Verdienstausschlag so gering wie möglich zu halten. In diesem Fall sind Kassen von Nutzen mit einem breiten Spektrum an Verträgen zur besonderen ambulanten und integrierten Versorgung. Sie garantieren eine optimale Behandlung mit enger Verzahnung von stationären und ambulanten Leistungen und fördern die rasche Genesung (s. auch S. 26). ■

Top-Kassen für Selbstständige

Die Latte liegt mit 108 erreichbaren Punkten sehr hoch im Ranking der Spitzenkassen für Selbstständige. Am besten unter den bundesweiten Versicherungen schlagen sich DAK und TK. Sie erfüllen mehr als zwei Drittel der geforderten Kriterien. Die besten regionalen Anbieter Salus BKK und mhplus BKK schaffen eine Übereinstimmung von knapp über 50 Prozent.

Top-Kassen	von max. 108 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
DAK-Gesundheit	77
Techniker Krankenkasse	77
Barmer GEK	73
HEK – Hanseatische Krankenkasse	64
SBK	64
Secur Vita Krankenkasse	62
KKH-Allianz	60
Hypovereinsbank BKK	59
Deutsche BKK	57
BKK ALP plus	55
R+V Betriebskrankenkasse	54
REGIONAL GEÖFFNET	
Salus BKK	55
mhplus Betriebskrankenkasse	55
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	54
Bosch BKK	52

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: DFSI

Willkommen in der Leistungskasse



Gütesiegel: FOCUS MONEY
Ausgabe 49/2011



Brückenschlag zur Schulmedizin

Breites Wirkungsspektrum, geringere Nebenwirkungen als synthetische Medikamente und seltener auftretende Wechselwirkungen mit anderen Arzneien: Das sind mittlerweile nachgewiesene Vorteile pflanzlicher Präparate, im Fachjargon Phytopharmaka. Mit den Vorteilen der Naturmedizin wächst im Volk auch ihre Beliebtheit. Laut einer repräsentativen Umfrage des Allensbach-Instituts schätzen heute gut 70 Prozent der Bundesbürger Naturmedizin und wenden sie regelmäßig an. Auch die Krankenkassen reiten auf der „grünen“ Welle. Viele übernehmen daher einen Großteil der Kosten für Entspannungs- und Bewegungstechniken wie autogenes Training, Tai Chi oder Yoga. Auch anthroposophische Therapien mit Mistelpräparaten bei Krebspatienten und die auf den deutschen Mediziner Samuel Hahnemann zurückgehende, gut 200 Jahre alte Homöopathie tauchen in zahlreichen Leistungskatalogen auf. Die Kostenerstattung der Kassen für homöopathische Behandlungen allerdings erstreckt sich in der Regel lediglich auf die Erstanamnese beim Arzt. Aufwendungen für homöopathische Arzneien und Folgeanamnesen gehen meist voll zu Lasten des Versicherten. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturge-

setzes Anfang des Jahres 2012 ist der Gestaltungsspielraum von AOK & Co. gewachsen. Kassen dürfen fortan zwar für Mitglieder die Kosten für verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneien der Homöopathie, der Phytotherapie und Anthroposophie als Satzungsleistung bis zu einer bestimmten Höchstsumme übernehmen. So verfährt etwa die Techniker Krankenkasse. Die Konkurrenz hingegen leistet für Naturpräparate meist nur, wenn das Mitglied zum kostenpflichtigen Wahltarif zur Übernahme bestimmter Arzneien greift. Doch dieser bindet den Versicherten ein Jahr an die Kasse. Erhebt sie aber einen Zusatzbeitrag, steht dem Kunden ein Sonderkündigungsrecht zu. Angebote zur Alternativmedizin finden sich bei einigen Kassen auch im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ (s. Seite 26) und bei Klinik- und Reha-Aufenthalten. Da die Kassen Kliniken Pauschalen zahlen, dürfen diese im Rahmen ihrer Therapien Patienten auch etwa mit Osteopathie (Grifftechniken, bei denen Fachleute mit den Händen Blockaden in Gelenken, Muskeln und Weichteilen lösen) behandeln. Vorsicht! Osteopathie als isolierte, ambulante Einzelleistung beim Osteopathen erstatten die Kassen hingegen in aller Regel nicht.

Grünes Gewissen

Die beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit – das ist evident eines der Hauptprobleme von Parkinson-Patienten. Bei den Betroffenen führt die verminderte Stabilität in Haltung und Gang im Alltag häufig zu Stürzen. Nun stellt eine neue Studie unter Beweis: Tai Chi verbessert merklich den Gleichgewichtssinn bei Parkinson-Patienten. Die ursprünglich chinesische Kampfkunst Thai Chi zählt zu den Körpertherapieverfahren. Sie gehören neben Naturheilverfahren, Homöopathie, Osteopathie und Akupunktur zu den sogenannten alternativ- und komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden. Auf Grund ihres Erfolgs erlangen diese in der Fachwelt heute immer mehr Bedeutung als sinnvolle Ergänzung zur etablierten Schulmedizin. So belegen etwa neuere Forschungen, dass komplementärmedizinisch ausgerichtete Therapien bei Krebs die Lebenszeit der Patienten erhöhen kann. Was jedoch vor allem die Krankenkassen erfreut:

Auch hilft Alternativmedizin, die immensen Kosten im Gesundheitswesen zu verringern. Bestes Beispiel: koronare Herzerkrankungen. In eine konventionelle medikamentöse Therapie eingebundene, komplementäre Behandlungen können den Einsatz von Stents überflüssig machen und so teure Operationen erübrigen. Vor diesem Hintergrund hat in den vergangenen Jahren die Zahl der Anhänger von Alternativmedizin unter den Bundesbürgern zugenommen. Kein Wunder, dass sie bei ihrer Kasse darauf drängen, dass diese im ambulanten Bereich die Kosten etwa für Homöopathie, anthroposophische Medizin oder Phytotherapie (s. Kasten links) übernimmt.

Alternative zum Arzt. Hoch im Kurs bei den Verfechtern der „grünen“ Medizin stehen Heilpraktiker. Doch nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen gehören diese nicht zu den Berufsgruppen, die ihre Behandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Daher ist es für Anhänger der Alternativmedizin äußerst wichtig, dass ihre gesetzliche Kasse zur Kompensation dieses Defizits zumindest mit Privatversicherern kooperiert, die Mitgliedern preislich günstige Zusatzpolicen bieten, welche zu einem hohen Prozentsatz Aufwendungen für Heilpraktiker nicht nur nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis, sondern möglichst auch nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) leisten.

Gut zu wissen: Das Hufeland-Verzeichnis ist nach dem deutschen Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (lebte von 1762 bis 1836) benannt. Es enthält alle naturheilkundlichen Diagnostik- und Therapieverfahren, die theoretisch erklärbar und praktisch bewährt sind. Das Verzeichnis hat aber nicht den Charakter eines umfangreichen „Katalogs der Naturheilverfahren von A bis Z“. Vielmehr sind in der Abrechnungshilfe – streng nach The-

rapierrichtungen geordnet – eine Reihe von Einzelleistungen aufgeführt, für die dann analog zur Schulmedizin Bewertungen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) vorgeschlagen werden.

Top-Kassen für Anhänger der Alternativmedizin

Das Profil des Alternativmedizin-Anhängers ist neu im Krankenkassen-Kompass von FOCUS-MONEY. Als Top-Kasse unter den bundesweit geöffneten Vertretern für die naturbewusste Klientel holte die Securvita nahezu die maximal mögliche Punktzahl. Die AOK Nordost als beste regionale Kasse liegt ganze 19 Punkte dahinter.

Top-Kassen	von max. 58 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Securvita Krankenkasse	56
DAK-Gesundheit	54
HEK – Hanseatische Krankenkasse	54
Barmer GEK	50
Techniker Krankenkasse	46
SBK	43
Die Schwenninger Krankenkasse	36
HypoVereinsbank BKK	36
KKH-Allianz	35
Knappschaft	35
REGIONAL GEÖFFNET	
AOK Nordost	37
mhplus Betriebskrankenkasse	37
AOK Nordwest	36
Bergische Krankenkasse	35
AOK PLUS	34
AOK Niedersachsen	34
Brandenburgische BKK	34
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	33
AOK Sachsen-Anhalt	33

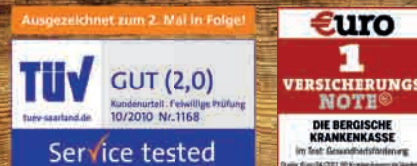
Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: DFSI

LUST AUF 'NE NEUE?



Kein Zusatzbeitrag bis mindestens 31.12. 2013



Alle genaueren Testangaben finden Sie unter www.die-bergische-kk.de

Jetzt kennenlernen:
Serviceline 0212 2262-169
www.die-bergische-kk.de

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE



Partner für den Start

Wer ein normales Angestelltenverhältnis eingeht und nicht mehr als 50850 Euro im Jahr verdient, muss Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Diese Versicherungspflichtgrenze ändert sich jedes Jahr, abhängig von der Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter. In der Regel steigt sie. Nur wer mit seinem Einkommen darüberliegt oder selbstständig arbeitet, hat die Wahl und kann sich freiwillig gesetzlich versichern oder eine private Krankenvollversicherung abschließen. Die Wahlfreiheit für abhängig Beschäftigte tritt mit Ablauf des Kalenderjahrs ein, in dem die Einkommensgrenze überschritten wird. Bereits privat Versicherte können nicht in die GKV wechseln. Das geht nur, wenn sie wieder versicherungspflichtig werden, indem sie

die Selbstständigkeit aufgeben und wieder abhängig beschäftigt sind beziehungsweise ihr Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze fällt. **Kapitaler Vorteil.** Für Berufsstarter ist auf Grund des Einkommens die GKV also in der Regel die erste und einzige Option. Ein Nachteil ist das nicht. Wer jung ist, erfreut sich in der Regel einer besseren Gesundheit als ältere Mitbürger. Daraus lässt sich nicht nur in der PKV in Form eines preiswerten Tarifs Kapital schlagen. Auch in der GKV kann gewählt werden: zum Beispiel ein Wahltarif mit Beitragsrückerstattung, den zahlreiche Kassen im Programm haben. Bei Leistungsfreiheit über ein Versicherungsjahr hinweg gibt es hier bis zu einem Monatsbeitrag inklusive Arbeitgeberanteil zurück. Auch die Einschreibung in ein Bonusprogramm, das gesundheitsbewusstes Verhalten wie etwa die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen belohnt, bringt den einen oder anderen Euro; ein willkommenes Plus, wenn der Gehaltsscheck in den ersten Berufsjahren noch nicht so üppig ausfällt (siehe links).

Kommt es dennoch einmal zu einer schwereren Erkrankung oder Verletzung, gibt es im Rahmen der besonderen ambulanten Versorgung Zugang zu ambulanten Operationen bei ausgewählten Vertragsärzten etwa bei Augenerkrankungen, orthopädischen Eingriffen oder im HNO-Bereich. Der Vorteil: längere Krankenhausaufenthalte können so unter Umständen vermieden werden. Wer will schon zum Berufsstart gleich durch lange Fehlzeiten aufpassen? **Direkter Draht.** Ansprechend für junge Erwachsene dürften auch die Service-Leistungen zahlreicher Kassen sein. So gehört die Online-Filiale inzwischen fast zum Standard-Angebot. Hier können persönliche Daten geändert, Formulare und Broschüren heruntergeladen, Mitgliedsbescheinigungen ausgedruckt und

Online-Programme etwa zum Thema Ausdauersport, Stressabbau und gesunde Ernährung absolviert werden – unabhängig von Öffnungs- und Telefonzeiten, wenn der Tag im Büro mal wieder länger dauert. ■

Top-Kassen für Berufseinsteiger

Berufseinsteiger sind eine begehrte Klientel bei den Krankenkassen, sind sie doch meist jung und gesund und somit „kostengünstig“ in der Versicherung. Barmer GEK, TK sowie mhplus BKK und BKK ZF & Partner sind im FOCUS-MONEY-Check erste Wahl für Job-Starter.

Top-Kassen	von max. 92 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Barmer GEK	52
Techniker Krankenkasse	52
DAK-Gesundheit	51
R+V Betriebskrankenkasse	45
HEK – Hanseatische Krankenkasse	44
Deutsche BKK	44
KKH-Allianz	43
IKK classic	42
SBK	41
energie-BKK	41
Secur Vita Krankenkasse	40
BKK Gildemeister Seidensticker	39
HypoVereinsbank BKK	39
Novitas BKK	38
IKK gesund plus	38
REGIONAL GEÖFFNET	
mhplus Betriebskrankenkasse	43
BKK ZF & Partner	43
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	42
BKK Wirtschaft & Finanzen	42
Bergische Krankenkasse	41
Salus BKK	39

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: DFSI

Doppelt profitieren

Der beste Kassenkunde ist ein gesunder Kunde, der erst gar keine Leistungen in Anspruch nimmt. Entsprechend belohnen zahlreiche Versicherer gesundheitsbewusstes Verhalten im Rahmen von **Bonusprogrammen**. Das Prinzip ist einfach. Für die Teilnahme etwa an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, eine professionelle Zahnreinigung, die Mitgliedschaft im Sportverein, den Nachweis eines normalen Gewichts und körperlicher Fitness oder die Absolvierung von Gesundheitskursen werden Punkte gutgeschrieben, die mit Prämien – in der Regel in Form von Geld – belohnt werden. Da der Gesetzgeber über die Ausgestaltung der Bonusprogramme keine Vorgaben macht, sind die Angebote im Detail oft recht unterschiedlich. So variiert nicht nur die Liste der bonifizierten Maßnahmen von Kasse zu

Kasse. Während beim einen Anbieter erst eine Reihe von Maßnahmen absolviert werden müssen, bevor ein größerer Bonus winkt, belohnt ein anderer jede Aktivität mit einer entsprechend kleineren Prämie. Ebenso differiert, ob jeder Versicherte nur für sich selbst Punkte sammelt oder ob Familien zum Beispiel auch gemeinsam aufs Bonuskonto einzahlen können, um so schneller an höhere Prämien zu gelangen. Achtung: Genau wie Prämien im Rahmen von Wahlтарifen mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung müssen Geldvorteile aus Bonusprogrammen im Rahmen der Steuererklärung von den absetzbaren Krankenversicherungsbeiträgen abgezogen werden. Die Kasse schickt am Ende des Jahres automatisch eine Meldung über die Höhe der Beträge an das Finanzamt.

Finanzielle Anreize setzen die Kassen neben Bonusprogrammen auch in anderen Bereichen der Versorgung. So können sie zum Beispiel ihren Versicherten **Vorteile gewähren**, wenn diese bestimmte Apotheken, Hilfsmittel, Zahnersatzhersteller oder Arzneimittel nutzen. Besonders Letzteres ist weit verbreitet. Die Kasse schließt dabei mit ausgewählten Pharmaherstellern Rabattverträge. Apotheken sind entsprechend gehalten, an Versicherte der betreffenden Kasse nur Mittel des vertraglich gebundenen Herstellers auszugeben. Oftmals fällt dann nur eine reduzierte oder gar keine Zuzahlung an. Die Sicherheit ist dabei gewährleistet. Hat der Arzt ein Präparat einer anderen Firma verschrieben, darf dieses natürlich nur durch ein wirkstoffgleiches rabattiertes Mittel des Rabattpartners ersetzt werden.

Für Fleiß ein Preis.

Gesund leben und bis zu 140 Euro Belohnung kassieren.

Komm zur mhplus und mach mit bei unserem Fitcash Bonusprogramm! Das lohnt sich richtig. Alle Infos zur Teilnahme unter: www.mhplus.de oder direkt in deiner mhplus Geschäftsstelle, Fon 07141 9790-0



mhplus
Krankenkasse.

Ständig in Bewegung



Geld für Gesundheit

Egal, ob es um Herz-Kreislauf-Beschwerden, Krebs, Diabetes mellitus oder chronische Atemwegsmalaise geht. Alle diese nicht übertragbaren Krankheiten teilen vier gemeinsame Haupt-Risikofaktoren: Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch und Ernährungsfehler. Nicht übertragbare Krankheiten sind verantwortlich für rund 60 Prozent aller Todesfälle auf der Welt. „Durch gezielte Vorbeugung ließen sich jedoch Millionen vorzeitiger Todesfälle jedes Jahr vermeiden“, erklärt Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit. Rund 40 Prozent aller Tumoren lassen sich auf die zuvor genannten Hauptrisikofaktoren zurückführen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Analyse des Center for Cancer Prevention an der Queen Mary University of London. „Die Zahlen lassen sich durchaus auf Deutschland übertragen“, sagt Rudolf Kaaks, Leiter der Epidemiologie für Krebskrankungen am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Die Londoner Studie aber unterstreicht: Für einen gesunden Lebensstil brauchen Menschen Hilfestellung. Egal, ob Eltern oder Kinder: Aufklärung muss ihnen die Gefahren von Tabak und Alkohol allerdings erst verdeutlichen. Und Bewegung braucht einen festen Platz

im Alltag der Menschen. Allein das Wissen um vermeidbare Risikofaktoren aber ändert nicht unbedingt den Lebensstil. Das haben auch die Krankenkassen erkannt und fördern den gesunden Lebenswandel der Mitglieder. Sowohl für Eltern als auch deren Sprösslinge haben die Kassen daher beispielsweise zahlreiche Bewegungs- und Verhaltenstherapien im Kampf gegen übermäßige Pfunde in petto. Doch damit nicht genug. Das Angebot qualitätsgesicherter Gesundheitskurse der gesetzlichen Krankenkassen reicht weiter, etwa von der Suchtprävention, Nordic Walking und Anti-Stress-Seminaren über progressive Muskelentspannung und Rückenschule bis hin zu Yoga. Um Prophylaxe-Kurse noch interessanter zu gestalten, übernimmt das Gros der Krankenkassen für ihre Versicherten im Rahmen der sogenannten Primärprävention heute in der Regel 80 Prozent der Teilnahmegebühren bis zu einer Höchstgrenze von 75 Euro. Bezuschusst wird pro Kalenderjahr je ein Seminar. Gut zu wissen: Für Kurse mit gleichem Inhalt gibt es den Zuschuss alle zwei Jahre. Positiv: Nimmt der Versicherte an zwei Kursen mit unterschiedlichen Präventionschwerpunkten teil, zahlen manche Kassen sogar 150 Euro als Obolus.

Bewegung ist das Elixier für Gesundheit. So regt regelmäßiger Sport die Durchblutung an, versorgt den Herzmuskel mit mehr Sauerstoff, verringert das Risiko einer Arteriosklerose und bringt den gestörten Zuckerstoffwechsel wieder ins Lot. Nicht nur dies. Bewegung regt auch den Stoffwechsel im Knochen an. Eine bessere Mineralstoffversorgung macht das Skelett belastbarer und elastischer. Zudem bauen regelmäßige Trainingseinheiten die Knochenmasse auf und wirken so einer Osteoporose (Abnahme der Knochendichte) entgegen. Auch haben Sportler in der Regel kaum Probleme mit der Konzentration ihrer Blutfette. Denn regelmäßiges Jogging oder Walking etwa senkt die Triglyzeride im Blut, reduziert das „schädliche“ LDL-Cholesterin und erhöht im Gegenzug das „gute“ HDL-Cholesterin. Sport stärkt auch nachhaltig das körpereigene Immunsystem. Außerdem steigert Sport die Aktivität der Makrophagen (Fresszellen) gegenüber Bakterien und erhöht die Produktion von körpereigenen Abwehrstoffen, den Antikörpern. Sport stärkt aber nicht nur die Physis, er stabilisiert auch die Psyche. Denn körperliche Aktivität kurbelt im Gehirn die Ausschüttung von Endorphinen (sogenannten Glückshor-

Sportler

monen) an, die das seelische Wohlbefinden binnen Kurzem steigern.

Dass regelmäßiges Training Körper und Geist fit halten, wissen Fitnessbegeisterte allzu gut. Wer mit Sport allerdings auch überflüssiges Körperfett abbauen will, darf nicht mehr Kohlenhydrate zu sich nehmen, als mit dem Training verbrannt werden. Dazu bedarf es einer ausgewogenen Ernährung. Das ist ernährungsbewussten Fitness-Freaks klar. Daher achten sie heute bei der Wahl ihrer Kasse neben Angeboten im Rahmen der Prävention (s. Kasten links unten) besonders auf eine breite Palette qualitätsgesicherter Bewegungs- und Ernährungsprogramme.

Win-win-Situation. Wichtig sind aktiven Sportlern zudem Bonusprogramme. Hintergrund: Um Gesundheitsbewusste möglichst lange zu binden, schreiben gesetzliche Kassen nämlich etwa neben tadellosen Cholesterinwerten und einem Körpergewicht im Normbereich – Faktoren, die Sportler locker erfüllen – im Rahmen ihrer Bonusprogramme auch für alle im Sportverein oder Fitnessclub organisierten Mitglieder Punkte gut, die diese dann im Gegenzug gegen Bargeld oder Sachleistungen eintauschen können.

Auch ist der Sportler in aller Regel ein überaus kühler Rechner. Im Vertrauen auf seinen hervorragenden physischen und psychischen Zustand sind ihm jene gesetzlichen Kassen wichtig, welche attraktive Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungsmodelle im Portfolio haben (s. auch Seite 16). Mit diesen kann er nämlich bei bester Gesundheit bis zu 900 Euro pro Jahr sparen.

Egal, ob es sich um Zerrungen, Verdrehungen, Überdehnungen oder geschädigte Gelenkkapseln handelt – zahlreiche Sportverletzungen lassen sich heute bestens mit einer Kältetherapie kurieren. Die sogenannte Kryotherapie wirkt nämlich schmerzstillend und verhindert die Bildung von Ödemen. Neben der

Kältetherapie hat sich etwa bei Beschwerden durch einseitige Überbelastung, etwa dem sogenannten Tennisarm, in der Sportmedizin die durchblutensfördernde Elektrotherapie bewährt. Da beide Therapien zu den Naturheilverfahren gehören, legen informierte Sportler Wert darauf, dass ihre Kasse solche Alternativen zur Schulmedizin erstattet. ■

Top-Kassen für Sportler

Bei keinem Kundenprofil ist das Rennen um den Spitzenplatz der am besten passenden Versicherung so eng wie bei den Sportlern. Nur neun Punkte trennen die Top-Kassen. Die Nase knapp vorne haben Barmer GEK, DAK und AOK Nordwest.

Top-Kassen	von max. 49 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Barmer GEK	41
DAK-Gesundheit	41
Techniker Krankenkasse	40
Securvita Krankenkasse	40
HEK – Hanseatische Krankenkasse	39
KKH-Allianz	38
Deutsche BKK	37
SBK	35
R+V Betriebskrankenkasse	34
Knappschaft	34
Die Schwenninger Krankenkasse	33
HypoVereinsbank BKK	33
Novitas BKK	32
REGIONAL GEÖFFNET	
AOK Nordwest	36
BKK Hoesch	35
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	35
AOK Nordost	32
mhplus Betriebskrankenkasse	32
BKK Wirtschaft & Finanzen	32

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: DFSI

Ran an den Speck

Jetzt fit in den Frühling starten.



3 lohnende Vorteile auf einen Blick:

Yoga, Aqua-Fitness, autogenes Training, Tai-Chi & Co

Wir helfen beim Entspannen – und bezuschussen Entspannungs- und Bewegungskurse mit bis zu 200,00 Euro pro Jahr und pro Person.

Mitglied im Fitnessstudio

Wir bieten Rabatte bei Kursen und Mitgliedsbeiträgen unserer Fitnessstudio-Kooperationspartner INJOY, HealthCity, INTERFIT und Fitness First.

Gesünder essen oder endlich Nichtraucher werden

Die Umsetzung dieser guten Vorsätze bezuschussen wir mit bis zu 200,00 Euro im Jahr.

Kostenlose Service-Hotline
0800 255 0800
24 Stunden am Tag/365 Tage im Jahr
www.bkk-mobil-oil.de

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE



Mehr als Standard

Mit 70 Millionen stellen die Kunden der gesetzlichen Kassen zwar die große Mehrheit der Versicherten im deutschen Gesundheitssystem. Im Vergleich zu den nicht ganz zehn Millionen privaten Krankenvollversicherten tragen sie dennoch oft den Stempel „Patient zweiter Klasse“. Zu Unrecht, denn auch in der GKV kommt die Kundschaft in den Genuss moderner, hochentwickelter Medizin. Und nicht nur das: Die GKV wartet sogar mit handfesten Vorteilen gegenüber der PKV auf wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, dem Mutterschaftsgeld und einem Beitrag, der sich ausschließlich an der finanziellen Leistungsfähigkeit und nicht am Alter oder dem Gesundheitszustand orientiert. Die gesetzliche Kasse ist daher auch für anspruchsvolle Kunden erste Wahl.

Zusatzpolice im Überblick

Viele gesetzliche Kassen kooperieren mit privaten Versicherungen und bieten ihren Mitgliedern Zusatzpolice zu Sonderkonditionen, die durch Rahmenvereinbarungen erzielt werden, oder schnüren Zusatzpakete, die es so am Markt nicht gibt. Der Preisvorteil kann verloren gehen, wenn der Versicherte die Kasse wechselt. Der Vertrag kann in der Regel zwar fortgeführt werden, wird aber mit einem Zuschlag auf die Prämie versehen. Was leisten die einzelnen Zusatzpolice?

Stationäre Zusatzpolice: Sie sichert die Kosten für eine Behandlung durch den Chefarzt sowie die Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer bei Klinikaufenthalten ab. Zudem kann das Krankenhaus frei gewählt werden. Nach Bedarf kann der Versicherte auch ein Tagegeld vereinbaren, das die Zahlung eines täglichen Fixbetrags während des Klinikaufenthalts sichert. So lassen sich etwa zusätzliche Kosten für Telefon, Fernsehen oder Fahrten zur Klinik abdecken.

Ambulante Zusatzpolice: Sie übernimmt je nach Tarif die Kosten für Sehhilfen, Zahnersatz, Heilpraktikerbehandlung, Homöopathie, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Massagen und Heilbäder, sofern diese nicht oder nur teilweise von der gesetzlichen Kasse gezahlt werden. Auch Zuzahlungen werden mitunter erstattet. Oft ist auch ein Auslands-

krankenschutz mitenthalten. Die einzelnen Komponenten gibt es meist nur im Paket.

Zahnzusatzversicherung: Sie trägt bis zu einem bestimmten Anteil die Kosten für Zahnersatzleistungen. In einigen Tarifen werden auch die Kosten für kieferorthopädische Heilbehandlungen übernommen.

Sterbegeldversicherung: Dahinter verbirgt sich eine sogenannte Kleinlebensversicherung zur Abdeckung der Kosten für eine Beerdigung. Die Versicherungssumme liegt in der Regel bei 5000 Euro.

Krankentagegeldversicherung: Hierbei handelt es sich um eine Verdienstauffüllversicherung, mit der Arbeitnehmer das gesetzliche Krankentagegeld bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit aufstocken können.

Zusatzpolice Kostenerstattung: Sie erstattet ganz oder teilweise den Restbetrag bei ambulanten Behandlungen, wenn der Versicherte statt des Sachleistungsprinzips (Behandlung gegen Vorlage der Chip-Karte beim Arzt) das Kostenerstattungsprinzip gewählt hat. Patienten sind dabei direkt Vertragspartner des Arztes und müssen entstandene Behandlungskosten zunächst aus eigener Tasche vorstrecken und sich dann von der Kasse erstatten lassen.

Das Angebot ist keineswegs überall gleich. Jenseits des von allen zu leistenden Standards haben die Kassen reichlich Spielraum, sich von der Konkurrenz abzuheben. Über direkte Verträge mit einzelnen oder Gruppen von Ärzten, Therapeuten und anderen Leistungserbringern im System etwa kann der Zugang zu innovativen oder auch alternativen Behandlungsmethoden ermöglicht werden wie Hochpräzisionsbestrahlungen bei Tumorerkrankungen oder Osteopathie und Eigenbluttherapien.

Ebenso können per Satzung gesetzlich vorgeschriebene Leistungen erweitert werden. So sind bei verschiedenen Kassen etwa die Altersgrenzen für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen ausgeweitet, oder es werden über klassische Schutzimpfungen (z. B. gegen Masern) hinaus auch Reiseschutzimpfungen gezahlt.

Vielfältiger Service. Nicht zu vergessen: das Dienstleistungsangebot. So verfügen viele Anbieter neben einer klassischen Kunden-Hotline auch über ein rund um die Uhr besetztes Beratungstelefon, das Hilfe zu medizinischen Themen bietet. Kann selbst kein zeitnaher Termin beim Arzt ergattert werden, vermitteln zahlreiche Kassen eine Untersuchung. Per Mail oder Post wird zudem an anstehende Vorsorgetermine oder die Auffrischung des Impfschutzes erinnert.

Wer trotz solcher Angebote immer noch vom Privatkundenstatus träumt, der kann seinen Schutz mit Zusatzpolice aufpeppen (s. links) oder das Prinzip der Kostenerstattung wählen. Der Kunde geht dabei zunächst in Vorleistung beim Arzt oder in der Klinik und reicht anschließend die Rechnung bei der Kasse ein. Diese zahlt erstattungsfähige Anteile zurück. Zahlreiche Kassen bieten gegen einen gesonderten Beitrag auch Kostenerstattungs-Wahltarife an. Das Prinzip bleibt gleich, jedoch wird nicht nur der übliche Kassensatz für Leistungen erstattet,

sondern auch ein Teil der darüber hinausgehenden Kosten, wenn der Arzt zum Beispiel ein erhöhtes Honorar angesetzt hat. Achtung: Auch bei Wahl der Kostenerstattung dürfen GKV-Versicherte nur Ärzte mit Kassenzulassung aufsuchen, wenn keine Ausnahmegenehmigung vorliegt. Zudem wird nur für Leistungen gezahlt, die dem Grunde nach im GKV-Katalog enthalten sind. Nicht anerkannte Behandlungsmethoden sind ausgeschlossen. ■

Top-Kassen für Anspruchsvolle

Fast eine Punktlandung legt die Securita im Rennen um die beste Kasse für anspruchsvolle GKV-Versicherte hin. Nur ein Punkt fehlt ihr zur maximal erzielbaren Bewertung. Sie geht mit klarem Punktabstand durchs Ziel, auch vor den beiden Spitzenreitern unter den regional geöffneten Kassen für dieses Kundenprofil, AOK Nordost und AOK Nordwest.

Top-Kassen	von max. 102 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Securita Krankenkasse	101
HEK – Hanseatische Krankenkasse	95
Barmer GEK	93
DAK-Gesundheit	93
Techniker Krankenkasse	89
SBK	83
BKK Pfalz	78
KKH-Allianz	74
Die Schwenninger Krankenkasse	73
HypoVereinsbank BKK	73
REGIONAL GEÖFFNET	
AOK Nordost	79
AOK Nordwest	79
AOK Rheinland/Hamburg	75
AOK PLUS	74

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: DFSI

„Willkommen in der ausgezeichneten HEK. Willkommen in der **Business-K(l)asse!**“



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

www.hek.de

HEK-Team Direkt: 0180 1 213213*

*3,9 Ct./Min. aus dem dt. Festnetz, maximal 42 Ct./Min. aus den Mobilfunknetzen

Gut lachen auch im hohen Alter

Aus einer Hand

Der Anteil älterer Bürger in Deutschland wächst. Bis zum Jahr 2060 wird nach Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung jeder dritte Bundesbürger über 65 Jahre alt sein. Mit steigendem Alter aber klettert auch das Risiko, chronisch zu erkranken. Bestes Beispiel: Demenz. Bereits heute sind rund 1,3 Millionen Menschen in Deutschland von Demenz betroffen – Tendenz stark steigend. Doch Patienten kann immer mehr geholfen werden. Nach Erkenntnissen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie profitieren Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz von gezielten Bewegungsprogrammen. Regelmäßiges Training kräftigt ihre Muskulatur. Außerdem verbessert gezieltes Training die geistigen Funktionen Demenzkranker. Das wissen auch die gesetzlichen Krankenkassen. Um Betroffenen eine hochwertige medizinische Betreuung zu ermöglichen, haben einige Kassen im Rahmen der sogenannten Integrierten Versorgung (IV) spezielle Behandlungsprogramme für Demenzpatienten aufgelegt. Neben Demenz werden im Rahmen von IV-Programmen auch etwa Rheuma, Bluterkrankungen, Herz- und Kreislaufstörungen, Osteoporose, Augenerkrankungen oder neurologische Leiden behandelt. Spezielle Therapien mit verbindlich vereinbarten und regelmäßig von den Kassen überprüften Leistungsstandards garantieren dabei eine optimale Verzahnung des stationären (Kliniken, Reha-Einrichtungen) und ambulanten Sektors (Haus- und Fachärzte, Krankengymnasten, Apotheken). Positive Nebenwirkungen: Die Versorgungsqualität des Patienten verbessert sich merklich, und der Heilungs-

prozess schreitet schneller voran, sind doch lange Wartezeiten in Praxen und auf Operationstermine sowie Doppeluntersuchungen passé. Je nachdem, ob es sich um bundesweit oder regional operierende Ärzte und medizinische Einrichtungen handelt, sind die IV-Programme für Versicherte flächendeckend oder nur lokal begrenzt offen. Die Teilnahme ist stets freiwillig. Vielfach belohnen die Krankenkassen Mitglieder, die sich für eine koordinierte Behandlungsmaßnahme einschreiben, mit der Reduzierung der Praxisgebühr und/oder bei der Eigenbeteiligung für Arzneien, Hilfsmittel oder beim Klinikaufenthalt. Alternativ zur Integrierten Versorgung können sich Patienten auch in Programme ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ nach Paragraf 73c des Fünften Sozialgesetzbuchs einschreiben. Kassen schließen hierbei ohne Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen unmittelbar mit einzelnen Fachmedizинern Verträge. Im Gegensatz zur Integrierten Versorgung bleibt damit der stationäre medizinische Sektor außen vor. Gegenstand der Verträge können sowohl die gesamte ambulante Versorgung sein als auch nur einzelne Bereiche davon. Wer sich als gesetzlich Versicherter im Tarif zur besonderen ambulanten Versorgung einschreibt, erklärt sich minimum für ein Jahr bereit, lediglich die mit den Kassen kooperierenden Fachmediziner zu konsultieren. Damit ist zwar die freie Arztwahl des Mitglieds eingeschränkt. Dafür hat dieses die Garantie, bei einem kompetenten Arzt aufgehoben zu sein, dem die Kasse unter Umständen auch neue Behandlungsmethoden zahlt.

Fast 82 Millionen Menschen leben derzeit in Deutschland. Gut ein Fünftel der Bevölkerung ist 65 Jahre und älter. Auffällig: Dieses Fünftel konsumiert fast zwei Drittel aller verordneten Medikamente. Viele der Arzneimittel verbessern deutlich die Lebensqualität der Senioren. Andere hingegen belasten leider eher deren Wohlbefinden. Und dies, obwohl die Arzneien korrekt nach Weisung des Arztes eingenommen werden. Was aber sind die Ursachen solcher „Unverträglichkeiten“? Im Gegensatz zu jüngeren Menschen werden Wirkstoffe im älteren Organismus dank größerer Fettdepots und weniger Eiweiß anders verteilt. Da auch die Ausscheidung über die Nieren bei Senioren langsamer verläuft, wirken viele Arzneistoffe dadurch länger und stärker. Hinzu kommt bei Senioren die reduzierte Verträglichkeit. Schnell wirkende Blutzuckersenkler für Diabetiker etwa führen bei den Patienten zu Schwindel. Auch manche Alphablocker, die einen erhöhten Blutdruck sehr schnell senken, machen schwindelig. Ein weiteres Problem sind die Mengen. Nicht wenige Ärzte verordnen vor dem Hintergrund einer Multimorbidität den Senioren fünf und mehr Medikamente gleichzeitig pro Tag. Aus diesem Grund wird es aktiven Senioren immer wichtiger, bei etwaigen Unstimmigkeiten mit der Medikation eine Zweitmeinung bei ihrer Krankenkasse einholen zu können. Daher unterhalten innovative Kassen auch Service-Hotlines, bei welchen kompetente (Fach-)Ärzte rund um die Uhr den Versicherten gratis Rat oder Entscheidungshilfen geben. Auch die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen der ambulanten respektive Integrierten Versorgung (s. Kasten links) ist rüstigen Rentnern wichtig, zumal 92 Prozent der Herz-Kreislauf-Toten 2009 hierzulande 65 Jahre und älter waren. Doch es gibt auch positive Entwicklungen: Von 1980 bis 2009

ist die Zahl der Sterbefälle ab 65 Jahren um ein Viertel gesunken. Nicht zuletzt ist das ein Verdienst der Kassen, geben sie rund ein Viertel ihres Arzneimittelbudgets für Herz-Kreislauf-Medikamente aus. **Heilung zu Hause.** Gerontologische Studien belegen, dass alte Menschen durch einen Klinikaufenthalt oft dramatisch abbauen. Daher liegt Älteren am Herzen, dass ihre Kasse für sie als Alternative zur Klinik eine häusliche Krankenpflege organisiert, welche Patienten in den eigenen Wänden nicht nur minimum vier Wochen medizinisch umsorgt, sondern sich obendrein auch ums Einkaufen, Kochen und ums Wäschewaschen kümmert.

Top-Kassen für aktive Ältere

TK und KKH-Allianz führen das Feld der bundesweit operierenden Top-Kassen für aktive Senioren an. Sie verdrängten den Vorjahressieger DAK. Bei den regional aufgestellten Kassen schubste die Bergische Krankenkasse die BKK Mobil Oil vom Thron, die es nicht mehr unter die Top 10 schafft.

Top-Kassen	von max. 116 Punkten erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET	
Techniker Krankenkasse	78
KKH-Allianz	78
Barmer GEK	72
DAK-Gesundheit	62
SBK	58
Securvita Krankenkasse	57
R+V Betriebskrankenkasse	50
HEK – Hanseatische Krankenkasse	48
REGIONAL GEÖFFNET	
Bergische Krankenkasse	56
Salus BKK	52
mhplus Betriebskrankenkasse	49

Top 10 unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet
Quelle: DFSI



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

powered by
gesetzlichekrankenkassen.de

GESUND LEBEN UND ARBEITEN: MIT MEINER DAK-GESUNDHEIT.

Ohne Zusatzbeitrag!



Als Deutschlands innovativer Krankenversicherer ist die DAK-Gesundheit nicht nur im privaten Bereich, sondern auch am Arbeitsplatz der kompetente Partner für Ihre Gesundheit. Wo immer Sie uns brauchen – wir sind für Sie da. Mit ausgezeichneten Leistungen und individuellen Tarifen, die Sie ganz nach Ihren Anforderungen gestalten können. Wir beraten Sie gern! **www.dak.de**