

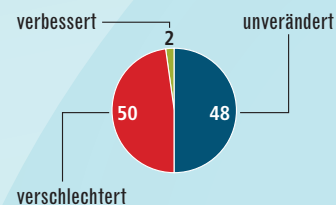
GVK-Check

Kasse mit Klasse

Ziel verfehlt

Enttäuschende Resultate: Nach Ansicht der Ärzte hat die Gesundheitsreform für die Patienten wenig gebracht.

Wie hat sich die letzte Gesundheitsreform auf die Versorgung der Patienten in Ihrer Praxis ausgewirkt? in Prozent



Quelle: FOCUS-MONEY-Ärzteumfrage

ONLINE-VERGLEICH

Sie haben die Wahl

Wählen Sie Ihre persönliche Krankenkasse unter fast 140 Kassen nach Ihren Vorstellungen anhand von mehr als 70 Leistungsmerkmalen selbst aus. Möglich macht es die Kooperation von FOCUS-Online und www.gesetzlicheKrankenkassen.de. Alles zum interaktiven Kassentest unter

<http://krankenkassen.focus.de>

Leistungsstark:
Information
sichert Vorteile

Leistung zählt für gesetzlich Krankenversicherte – FOCUS-MONEY nennt die Top-Anbieter. Wie Versicherte Vorteile nutzen

Wie Ärzteverbände, Krankenkassen oder die Apotheker-Kammern den Abgang von Ulla Schmidt aus dem Bundesgesundheitsministerium beurteilen, ist nicht bekannt. Der Ex-Ministerin selbst fiel der Abschied jedenfalls sichtlich schwer: Sie vergoss bittere Tränen, als sie nach elfjähriger Amtszeit Schreibtisch und Dienstwagen räumen musste. Doch so ganz wird die passionierte SPD-Gesundheitspolitikerin eigentlich gar nicht verschwinden. Die Spuren ihrer Tätigkeit werden wohl noch lange sichtbar bleiben und ihre Nachfolger beschäftigen.

Die letzte Gesundheitsreform, die unter ihrer Federführung ausgehandelt und zu Jahresbeginn umgesetzt worden war, erweist sich als zählebig. Und das allen vollmundigen Absichtserklärungen im zurückliegenden Wahlkampf zum Trotz: Die Liberalen hatten sogar noch vor den Koalitionsverhandlungen den Eindruck erweckt, in der Gesundheitspolitik stehe ein kompletter Neuanfang bevor. Davon kann keine Rede mehr sein – jetzt soll erst einmal eine Kommission klären, wie es weitergehen soll. Und wie die ohnehin vagen Formulierungen des Koalitionsvertrags zur Gesundheit auszuwirken sind, dürfte zwischen den Regierungsparteien noch lange für Streit sorgen.

Einseitige Belastung. Arbeitgeber – so weit sind sich Union und FDP einig – sollen jedenfalls nicht stärker belastet werden, um den Faktor Arbeit nicht teurer zu machen, als er in Deutschland ohnehin schon ist. Ihr Anteil an den Kassenbeiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfte also bei den bisher geltenden sieben Prozent des Bruttolohns festgeschrieben werden. Für Arbeitnehmer und Rentner würde das freilich bedeuten, dass sie künftige Mehrkosten des Gesundheitssystems allein tragen müssten. Und die dürften enorm sein: Schon für das kommende Jahr erwarten die Verbandsvertreter der Kassen ein Finanzloch von sechs bis neun Milliarden Euro im System der GKV.

Für Zwist wird auch das Thema Kopfpauschale sorgen. Besonders die FDP favorisiert die Umstellung von einkom-

mensabhängigen Beiträgen auf einheitliche Zahlungen für alle Versicherten. Personen, für die diese Belastung zu groß wäre, könnten mit Zuschüssen aus Steuermitteln unterstützt werden. Ob eine solche Pauschale den kompletten Beitrag oder nur Teile umfassen soll, ist allerdings vorerst unklar.

Knappe Kassen. Solche Überlegungen hält etwa Horst Seehofer (CSU) für nicht finanzierbar. „Wenn man einen festen Zusatzbeitrag wählt, wie es die FDP will, muss man ihn durch einen Sozialausgleich flankieren. Da stellt sich schlicht und einfach die Frage: Wo soll der herkommen?“, argumentiert der bayerische Ministerpräsident. Das Geld für Ausgleichszahlungen für sozial schwächere Versicherte ist nach Seehofers Auffassung im Bundeshaushalt nicht vorhanden – und viele Experten stimmen ihm zu.

Auch der Gesundheitsfonds – im Wahlkampf noch als „Bürokratiemonster“ apostrophiert – wird so schnell wohl nicht verschwinden. In der Union stoßen liberale Pläne, ihn abzuschaffen, auf wenig Gegenliebe. Die Regierungskommission soll auch hier die Details klären. Wie die aussehen werden – mal sehen. Vor 2011, wenn die Ergebnisse der Kommission vorliegen sollen, ist allenfalls mit marginalen Änderungen zu rechnen. Bis dahin fungiert der Fonds weiter als zentrale Einzugs- und Verteilstelle für Versichertenbeiträge (s. Kasten S. 61). So lange liegen auch die Pläne des neuen Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler (FDP) auf Eis, den gesetzlichen Krankenkassen mehr Freiheiten bei der Beitragsgestaltung einzuräumen und damit für mehr Wettbewerb im System zu sorgen.

Leistung zählt. Und was bedeutet das alles für GKV-Versicherte und Patienten? Im kommenden Jahr dürfte sich nichts ändern. Umso wichtiger sind daher die Leistungen der Kassen, schließlich sind sie vorerst die beste Möglichkeit, sich von der Konkurrenz abzuheben und Mitglieder zu überzeugen. Thomas Adolph vom unabhängigen Online-Dienst [gesetzlicheKrankenkassen.de](http://www.gesetzlicheKrankenkassen.de): „Gerade über die Leistungen unterscheiden sich heute die Kassen. Wer hier gut informiert ist, kann kräftig Vorteile nutzen.“ Für ►

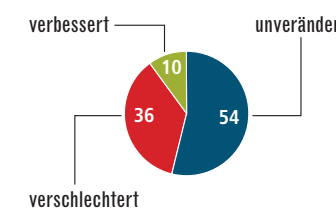


Kassen-Experte Thomas Adolph: „Die Leistungen der Kassen sind heute wichtiger denn je“

Honorar-Reform

Nachdem es wegen der Honorare noch vor Kurzem sogar zu Ärztestreiks gekommen war, haben sich die Wogen inzwischen geglättet. Nur rund ein Drittel der Mediziner klagt über schlechtere wirtschaftliche Bedingungen.

Wie hat sich die wirtschaftliche Lage Ihrer Praxis durch die Honorarreform 2009 verändert? in Prozent

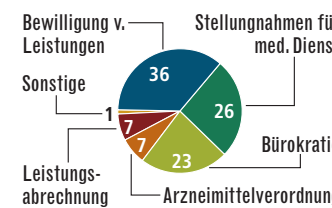


Quelle: FOCUS-MONEY-Ärzteumfrage

Ärzte-Ärger

Die Zusammenarbeit mit den Kassen sorgt bei Ärzten immer wieder für Konflikte. Besonders häufig wird die Praxis bei der Leistungsbewilligung kritisiert. Weniger Probleme bereiten Abrechnung und Verordnung von Medikamenten.

In welchem Bereich geraten Sie mit der gesetzlichen Krankenkasse in Konflikt? in Prozent



Quelle: FOCUS-MONEY-Ärzteumfrage

KASSENWECHSEL

Rechtzeitig richtig kündigen

Grundsätzlich kann jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse seine Kasse wechseln. Allerdings sind dabei wichtige Regeln zu beachten, wenn die Kündigung der alten Versicherung wirksam sein soll.

- Bei einer Kündigung ist eine Frist von zwei Monaten zum Monatsende einzuhalten. An die Wahl der neuen Kasse sind die Versicherten dann mindestens 18 Monate lang gebunden.
- Sollte innerhalb der Wechselfrist keine neue Kasse gefunden sein, läuft die Versicherung bei der bisherigen Kasse automatisch weiter.
- Erhebt die aktuelle Kasse einen Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, besteht für den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht. Die Kasse kann dann bis zur erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrags oder der Absenkung der Prämie gekündigt werden. Über eine Erhöhung oder Absenkung des Beitrags muss die Kasse einen Monat vorher informieren. Kein Kündigungsrecht besteht dagegen oftmals, wenn sich der Kunde für einen Wahltarif entschieden hatte. An einen solchen Tarif sind Versicherte regelmäßig drei Jahre gebunden.
- Bei einem Wechsel kann sich der Kunde grundsätzlich für jede gesetzliche Krankenkasse entscheiden. Die gewählte Kasse muss sich lediglich im Bundesland, in dem der Kunde wohnt, oder in dem Bundesland, in dem der Arbeitsplatz des Versicherten liegt, für die Allgemeinheit geöffnet haben.
- Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung reicht es aus, bei der neuen Kasse die Mitgliedschaft zu beantragen und der alten zu kündigen. Die Kündigung ist formlos möglich, allerdings sollte die Kündigung aus Nachweisgründen auf jeden Fall schriftlich erfolgen. Anders ist es bei einem geplanten Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung. Hier muss der Kunde warten, bis er nach Überprüfung seiner Gesundheitsfragen aufgenommen wird. TW

keit des Zusatzbeitrags oder der Absenkung der Prämie gekündigt werden. Über eine Erhöhung oder Absenkung des Beitrags muss die Kasse einen Monat vorher informieren. Kein Kündigungsrecht besteht dagegen oftmals, wenn sich der Kunde für einen Wahltarif entschieden hatte. An einen solchen Tarif sind Versicherte regelmäßig drei Jahre gebunden.

- Bei einem Wechsel kann sich der Kunde grundsätzlich für jede gesetzliche Krankenkasse entscheiden. Die gewählte Kasse muss sich lediglich im Bundesland, in dem der Kunde wohnt, oder in dem Bundesland, in dem der Arbeitsplatz des Versicherten liegt, für die Allgemeinheit geöffnet haben.
- Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung reicht es aus, bei der neuen Kasse die Mitgliedschaft zu beantragen und der alten zu kündigen. Die Kündigung ist formlos möglich, allerdings sollte die Kündigung aus Nachweisgründen auf jeden Fall schriftlich erfolgen. Anders ist es bei einem geplanten Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung. Hier muss der Kunde warten, bis er nach Überprüfung seiner Gesundheitsfragen aufgenommen wird. TW

GESUNDHEITSFONDS

Zentraler Verteiler

Auf den ersten Blick haben der neue Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler und sein Vorgänger im Amt, der jetzige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer, wenig gemeinsam. Auf den zweiten Blick auch nicht: Während der gelernte Versicherungsfachwirt Seehofer den Gesundheitsfonds erhalten will, möchte der studierte Arzt Rösler ihn eigentlich abschaffen – und zwar lieber gestern als heute.

Doch fürs Erste wird der jung-dynamische Liberale seinen Elan zügeln müssen. Der Gesundheitsfonds – das Kern- und Herzstück der noch von der schwarz-roten Vorgängerregierung ins Werk gesetzten Gesundheitsreform – soll zwar überarbeitet und „angepasst“ werden. Wie das genau aussehen soll, weiß allerdings auch nach den nächtelangen Verhandlungsrunden der Gesundheitsexperten von CDU/CSU und FDP niemand.

Deshalb machten die Politiker, was Politiker eben so tun, wenn sie nicht recht weiter wissen: Sie gründeten einen Arbeitskreis. Der soll nun im Lauf des nächsten Jahres klären, wie die Reform der Gesundheitsreform im Detail aussehen soll und was das für den Gesundheitsfonds im Einzelnen bedeutet. Bis dahin bleibt alles beim Alten.

Damit bleibt es zunächst also vor allem beim einheitlichen Beitragssatz von insgesamt 14,9 Prozent des Bruttolohns – auch wenn Minister Rösler fordert: „Die Krankenkassen müssen wieder untereinander im Wettbewerb stehen, sie müssen unterschiedliche Beiträge verlangen dürfen und unterschiedliche Leistungen anbieten können.“

Die 14,9 Prozent tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht ganz je zur Hälfte. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3675 Euro monatlich zahlt der Arbeitnehmer 7,0 Prozent selbst – dazu kommt noch ein Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten. Der Arbeitgeber übernimmt die verbleibenden 7,0 Prozent. Und freiwillig gesetzlich Versicherte zahlen auch weiterhin 14,9 Prozent.

Vorerst unverändert bleibt auch der Grundcharakter des Gesundheitsfonds als großer Verschiebebahnhof. Grundsätzlich gilt: Der Fonds übernimmt den Einzug der Beiträge und weist den Kassen für jedes ihrer Mitglieder einen fixen Betrag zu. Dieser Betrag kann je nach Kriterien wie Alter, Geschlecht und eventuell bereits vorhandenen Krankheiten erhöht beziehungsweise gesenkt werden. Dieser Mechanismus stellt den sogenannten Risikostrukturausgleich dar, der etwa dafür sorgen soll, dass Kassen mit vielen älteren – und damit krankheitsanfälligeren – Mitgliedern nicht über Gebühr belastet und gegenüber Krankenkassen mit günstigerer Mitgliederstruktur benachteiligt werden. Für die Versicherten bleibt es zumindest bis zum Jahr 2011 beim bisher Gewohnten, wenn sie oder ihre beitragsfrei mitversicherten Ehepartner oder Familienmitglieder Leistungen ihrer gesetzlichen Kasse in Anspruch nehmen wollen. Die Krankenkasse rechnet weiterhin direkt mit Ärzten und



Philipp Rösler:
jüngster Minister im Bundeskabinett



Horst Seehofer:
Ex-Gesundheitsminister

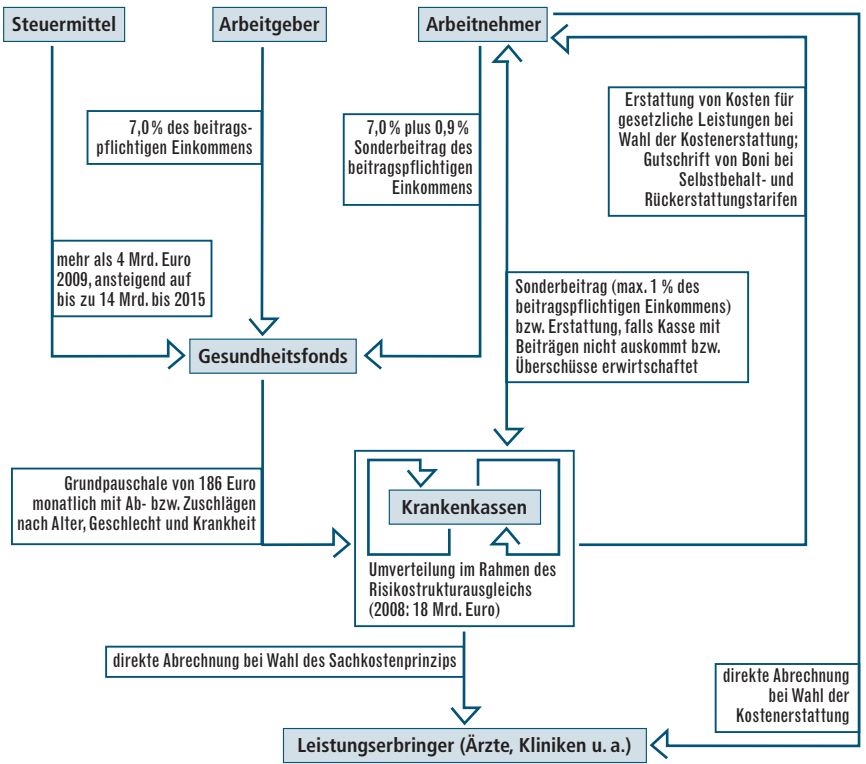
chanismus stellt den sogenannten Risikostrukturausgleich dar, der etwa dafür sorgen soll, dass Kassen mit vielen älteren – und damit krankheitsanfälligeren – Mitgliedern nicht über Gebühr belastet und gegenüber Krankenkassen mit günstigerer Mitgliederstruktur benachteiligt werden. Für die Versicherten bleibt es zumindest bis zum Jahr 2011 beim bisher Gewohnten, wenn sie oder ihre beitragsfrei mitversicherten Ehepartner oder Familienmitglieder Leistungen ihrer gesetzlichen Kasse in Anspruch nehmen wollen. Die Krankenkasse rechnet weiterhin direkt mit Ärzten und

Krankenhäusern ab. Etwas anderes gilt allerdings, wenn der Versicherte das Prinzip der Kostenerstattung gewählt hatte. In solchen Fällen ist der Versicherte selbst Vertragspartner des Arztes oder der Klinik. Diese im Fachjargon „Leistungserbringer“ genannten Personen oder Einrichtungen stellen dem Patienten dann direkt eine Rechnung, die er zunächst begleichen muss. Den erstattungsfähigen Teil des Rechnungsbetrags erhält der Versicherte – ähnlich wie bei einer privaten Krankenversicherung – dann wiederum von seiner Krankenkasse zurückerstattet. TW

Kompliziertes Konstrukt

Der Gesundheitsfonds in seiner jetzigen Form ist ein Kompromiss, den noch Union und SPD ausgehandelt hatten. Schwarz-Gelb will ihn reformieren.

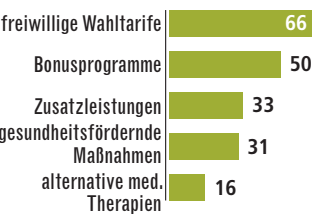
Einnahmen- und Ausgabenwege der gesetzlichen Krankenversicherung



Leistungs-Katalog

Zusatzleistungen halten auch die Mediziner im System der GKV für sinnvoll. Besonders überzeugten die Ärzte freiwillige Wahltarife und Bonusprogramme (Mehrfachnennungen waren möglich).

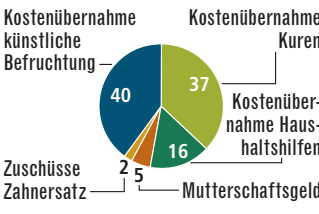
Welche Zusatzleistungen der GKV halten Sie für sinnvoll? in Prozent



Einspar-Potenzial

Nicht jeder Patientenwunsch muss nach Ansicht der Ärzte von den Kassen bezahlt werden. So sehen viele Mediziner Sparmöglichkeiten bei Leistungen wie Kuren oder der Kostenübernahme von Haushaltshilfen.

Welche Leistungen der GKV halten Sie für am ehesten verzichtbar? in Prozent



A. HARTMANN/T. SCHICKLING/T. WOLF

Öff-nung	Kassenname	Telefon	Website (www.)	Punkte Service		Punkte Wahltarife	Punkte Bonus-/Vorteilsprogr.	Punkte Naturheil-verfahren	Punkte bes. ambulante Versorgung	Punkte integrierte Versorgung	Punkte Gesundheits-förderung	Punkte Zusatz-leistungen	Punkte Transparenz	Zusatz-versicherungen	Punkte gesamt	geöffnet in ...															
				Geschäfts-stellen	Hotline											BW	BY	B	BB	BR	HH	HE	MV	NS	NRW	RP	SL	S	SA	SH	TH
	Techniker Krankenkasse	08 00/2 85 85 85	tk-online.de	9,43	26,51	17,00	20,00	8,67	14,40	13,59	23,00	22,50	4,00	5,00	164,09	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Barmer	01 85 00/95/20 00	barmer.de	11,35	24,86	15,00	31,00	9,33	9,20	11,25	23,00	18,00	4,00	6,00	162,99	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	DAK	018 01/32 53 25	dak.de	11,14	26,51	12,00	9,00	10,00	12,00	14,54	23,00	22,50	4,00	6,00	150,70	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Securvita Krankenkasse	08 00/6 00 30 00	securvita.de	2,39	22,26	9,00	33,00	14,00	0,80	10,88	24,00	22,50	2,00	5,00	145,82	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	mhplus Betriebskrankenkasse	0 18 02/36 99 63	mhplus.de	6,96	21,05	9,00	19,00	10,00	15,20	11,07	21,00	22,50	4,00	6,00	145,78	x	x				x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
	AOK Rheinland/Hamburg	08 00/0 32 63 26	aok.de/rh	11,10	22,76	15,00	21,00	8,67	3,20	9,98	21,00	18,00	3,00	4,00	137,70						x			x							
	AOK Plus	0 18 02/47 10 00	aokplus-online.de	11,56	22,76	15,00	7,00	10,00	10,40	8,12	22,00	20,25	4,00	4,00	135,09												x				x
	AOK Bayern	0 18 02/24 64 65	aok.de/bay	13,19	24,88	9,00	12,00	9,33	6,80	8,27	22,00	20,25	4,00	5,00	134,73		x														
	Signal Iduna IKK	08 00/6 34 63 45	signal-iduna-ikk.de	8,50	25,19	12,00	15,00	8,67	4,80	8,36	21,00	20,25	4,00	5,00	132,77	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	GEK Gmünder ErsatzKasse	08 00/4 35 46 36	gek.de	9,22	24,49	12,00	11,00	7,33	4,80	12,32	21,00	20,25	4,00	6,00	132,41	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	AOK Westfalen-Lippe	0 18 02/25 26 66	aok.de/wl	12,77	24,86	15,00	12,00	6,00	0,00	8,00	20,00	22,50	1,00	5,00	127,13									x							
	AOK Brandenburg	0 18 02/65 11 11	aok-brandenburg.de	11,15	25,44	15,00	9,00	7,33	5,20	6,60	20,00	18,00	2,00	5,00	124,73				x												
	KKH-Allianz	0 18 03/55 44 99	kkh-allianz.de	8,56	26,51	9,00	8,00	10,00	4,80	12,96	20,00	15,75	4,00	5,00	124,58	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	AOK Schleswig-Holstein	0 18 03/23 23 26	aok.de/sh	11,38	26,51	12,00	8,00	8,00	6,80	5,00	23,00	15,75	3,00	5,00	124,43															x	
	Salus BKK	0 18 02/22 13 22	salus-bkk.de	6,37	25,03	14,00	7,00	3,33	8,40	10,57	20,00	22,50	2,00	5,00	124,21	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
	HypoVereinsbank BKK	08 00/2 25 52 55	hvb-bkk.de	2,39	26,01	3,00	14,00	8,00	7,60	11,25	21,00	20,25	4,00	6,00	123,50	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	AOK Baden-Württemberg	07 11/2 65 29 65	aok-bw.de	13,43	24,99	6,00	19,00	7,33	4,00	5,08	21,00	13,50	3,00	4,00	121,33	x															
	Deutsche BKK	0 18 02/18 08 65	deutschebkk.de	7,43	26,51	14,00	5,00	7,33	2,00	9,44	23,00	20,25	3,00	3,00	120,96	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	BKK Verkehrsbau Union	0 18 02/31 31 72	meine-krankenkasse.de	5,60	23,51	6,00	13,00	4,67	8,00	8,42	22,00	18,00	4,00	4,00	117,20	x	x	x	x		x	x	x			x	x	x	x	x	x
	SBK	08 00/0 72 57 25 72 50	sbk.org	8,06	22,76	11,00	8,00	9,33	0,00	9,70	20,00	20,25	2,00	6,00	117,10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	AOK Berlin	0 30/25 31 20 00	aok.de	9,97	26,51	12,00	5,00	7,33	2,00	5,77	22,00	20,25	2,00	4,00	116,83			x													
	AOK Mecklenburg-Vorpommern	0 18 02/5 90 59 00	aok.de	11,22	25,57	9,00	4,00	8,00	3,60	9,01	22,00	15,75	2,00	6,00	116,15							x									
	BKK Mobil Oil	08 00/2 55 08 00	bkk-mobil-oil.de	4,57	21,04	3,00	5,00	9,33	11,60	11,60	23,00	18,00	4,00	4,00	115,14		x			x	x	x		x	x	x				x	x
	Schwenninger BKK	0 18 02/55 255 55	schwenninger-bkk.de	5,73	23,90	11,00	10,00	1,33	5,20	11,00	21,00	18,00	2,00	5,00	114,16	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	BKK Gesundheit	0 18 02/10 16 10 16	bkkgesundheit.de	7,74	24,37	11,00	4,00	8,00	0,00	9,01	23,00	18,00	3,00	6,00	114,12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Bahn-BKK	08 00/2 24 62 55	bahn-bkk.de	5,51	25,30	7,00	8,00	5,33	2,40	8,91	22,00	20,25	3,00	5,00	112,71	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	BKK Essanelle	08 00/2 55 66 55	bkk-essanelle.de	6,63	22,43	15,00	8,00	2,67	4,80	9,20	20,00	15,75	4,00	4,00	112,48	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	AOK Sachsen-Anhalt	0 18 02/26 57 26	aok.de/sachsen-anhalt	10,93	24,53	9,00	7,00	8,67	0,00	8,27	19,00	18,00	2,00	5,00	112,40													x			
	BKK Gildemeister Seidensticker	08 00/0 25 52 55	einfachgutfüralle.de	3,82	26,01	11,00	2,00	2,00	13,20	11,02	22,00	13,50	3,00	4,00	111,54	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	R+V BKK	08 00/2 55 78 80	bkk-ruv.de	2,39	25,30	8,00	7,00	3,33	0,00	11,70	23,00	22,50	3,00	5,00	111,23	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	IKK Thüringen	0 18 02/00 07 89	ikk-th.de	9,44	23,75	15,00	4,00	2,67	2,80	7,24	19,00	18,00	4,00	5,00	110,89		x					x									x
	BKK IHV	06 11/1 86 86/0	bkk-ihv.de	4,72	20,65	7,00	4,00	5,33	12,00	8,74	21,00	20,25	1,00	6,00	110,70	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Novitas Vereinigte BKK	08 00/6 64 82 33	novitas-bkk.de	6,63	22,76	8,00	10,00	6,67	0,00	12,61	21																				



Offenes Ohr für König Kunde

War vor Einführung des einheitlichen Beirtragssatzes primär der Preis für die Wahl einer Kasse entscheidend, ist es für das Gros der Kunden heute das Leistungs- und Serviceprofil. Einer aktuellen Umfrage des Marktforschers Ipsos unter 3000 Versicherten zufolge ist für Patienten die Erreichbarkeit einer Kasse von zentraler Bedeutung. Neun von zehn Befragten erwarten, dass sie rund um die Uhr via Telefon in Kontakt zu ihr treten können. Mehr als 80 Prozent legen zudem gesteigerten Wert auf einen persönlichen Ansprechpartner. Und fast drei Viertel fordern im Internet ein umfassendes Informationsangebot ihrer Kasse zu Medizinthemen.

Dem Wunsch nach vielen Kanälen zur Informations- und Kontaktaufnahme kommen vor allem die AOKs und Ersatzkassen nach. So haben etwa deren Mitglieder die Chance, Fragen zum Versicherungsschutz oder der Gesundheit nicht nur via Telefon und E-Mail, sondern auch im persönlichen Gespräch mit Beratern in einer Geschäftsstelle zu erörtern.

Manche Kasse bietet sogar Hausbesuche an. Darüber hinaus kommen die großen Versicherer mit speziellen Info-Hotlines der Forderung ihrer Kundschaft nach, vor anstehenden Therapien oder Operationen eine Zweitmeinung respektive den Rat von medizinischen Experten einholen zu können.

So wurde bewertet: In die Wertung im Bereich Service flossen die Angebote der Service-Hotline (allgemeine Fragen zur Krankenkasse und zur Mitgliedschaft) und der Medizin-Informations-Hotline (Beantwortung medizinischer Fragen), das Geschäftsstellennetz sowie das Behandlungsfehler-Management ein. Die Punkte für das Service-Telefon ergaben sich aus der Multiplikation der Wochenstunden, zu denen die Hotline zu erreichen ist, und dem Faktor der Qualität der Berater am Telefon. Handelt es sich ausschließlich um Sozialversicherungsfachangestellte, wurde der Faktor zwei angesetzt. Sitzen überwiegend Fachkräfte am Hörer, beträgt der Faktor 1,5. Sind kaum Experten im Kundenkontakt, beträgt der Multiplikator eins. Die so ermittelten Punkte wurden logarithmiert und mit vier multipliziert. Bei der Info-Hotline wurde die Zahl der Wochenstunden, zu denen sie erreichbar ist, logarithmiert und mit vier multipliziert.

Für das Vorhandensein eines institutionalisierten Managements von durch Kunden angezeigten Behandlungsfehlern sowie von weiteren Serviceangeboten (z. B. Online-Filiale, Hausbesuche von Außendienstmitarbeitern) wurden jeweils 3,75 Punkte vergeben. Der Punktwert für das Filialnetz ergab sich aus der Division der Zahl der Geschäftsstellen durch die der Bundesländer, in denen die jeweilige Kasse geöffnet ist, und anschließender Logarithmierung der Ergebnisse.

Service-Champion bei den überregionalen Kassen ist erneut die DAK. Die regionale Wertung führt die AOK Baden-Württemberg an.

maximale Punktzahl:

39,94

Die Service-Champions im Überblick

Kasse	Beratungs-Hotline Stunden/Tag pro Woche	Telefon-Service Stunden/Tag pro Woche	Sozialversicherungs- fachangestellte an Service-Hotline	Punkte Telefon- Service	geöffnete Bundes- länder	Anzahl Geschäfts- stellen	Punkte Geschäfts- stellen	Behandlungs- fehler- management	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet									
DAK	24/7	24/7	alle	26,51	16	830	11,14	ja	37,65
Barmer	24/7	13/5	alle	24,86	16	973	11,35	ja	36,21
Techniker Krankenkasse	24/7	24/7	alle	26,51	16	222	9,43	ja	35,93
KKH-Allianz	24/7	24/7	alle	26,51	16	114	8,56	ja	35,06
regional geöffnet									
AOK Baden-Württemberg	24/7	14/5	alle	24,99	1	300	13,43	ja	38,42
AOK Bayern	24/7	11/6	alle	24,88	1	250	13,19	ja	38,08
AOK Schleswig-Holstein	24/7	24/7	alle	26,51	1	62	11,38	ja	37,88
AOK Westfalen-Lippe	24/7	13/5	alle	24,86	1	180	12,77	ja	37,62
AOK Niedersachsen	24/7	12/5	alle	24,72	1	115	12,18	ja	36,90
AOK Mecklenburg-Vorpom.	14/7	24/7	alle	25,57	1	55	11,22	ja	36,79
IKK Baden-Württemb. & He.	15/7	24/7	alle	25,69	2	94	11,02	ja	36,71
AOK Brandenburg	24/7	13/7	alle	25,44	1	52	11,15	ja	36,59
AOK Berlin	24/7	24/7	alle	26,51	1	21	9,97	ja	36,47
AOK Hessen	24/7	12/6	alle	25,03	1	53	11,17	ja	36,21
IKK Nordrhein	15/7	24/7	alle	25,69	2	37	9,80	ja	35,49
AOK Sachsen-Anhalt	24/7	12/6	überwiegend	24,53	1	44	10,93	ja	35,47

Top-15-Tabelle beim Faktor „Service“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: Angaben der Kassen



Geld gespart

Seit 1. April 2007 bieten alle gesetzlichen Kassen ihren Mitgliedern Wahltarife an. Für fitte Versicherte sind vor allem die Modelle „Selbstbehalt“ und „Beitragsrückerstattung“ geeignet, reduzieren sie doch die Prämie. Wer zum Selbstbehalt greift, verpflichtet sich, bis zu einer gewissen Summe pro Jahr Aufwendungen etwa für Arztbesuche, Medikamente oder Hilfsmittel aus eigener Tasche zu berappen. Bleibt der Versicherte gesund, erhält er im Gegenzug von seiner Kasse – je nach Tarifmodell – bis zu 600 Euro. Werden aber im Jahresverlauf medizinische Leistungen fällig, legt das Mitglied maximal 600 Euro drauf. Früh- und Vorsorgeuntersuchungen sowie von der Ständigen Impfkommission empfohlene Schutzimpfungen werden in der Regel auf den Selbstbehalt nicht angerechnet. Gleiches gilt für Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnung. Auch Leistungen für mitversicherte Kinder unter 18 Jahren bleiben unberücksichtigt.

Bei der Beitragsrückerstattung kassiert der Kunde maximal ein Zwölftel des Jahresbeitrags, wenn er binnen einem Jahr keine Kosten zu Lasten der Versicherung verursacht. Als Ausnahmen greifen die beim Selbstbehalt genannten medizinischen Leistungen.

Wer Privatpatienten-Status genießen will, hat die Option zur „Kostenerstattung“. Bei diesem Wahltarif behandelt etwa der Hausarzt den Kassenpatienten als Privatpatient und schreibt ihm eine Rechnung, die er zunächst aus eigener Tasche begleichen muss und erst im Anschluss bei seiner Kasse einreichen kann. Die Kostenerstattung kann auf diverse Versorgungssegmente wie den ambulanten, den stationären oder den zahnärztlichen Bereich beschränkt werden.

Vorsicht: Im Rahmen der Kostenerstattung können zwar höhere Gebührensätze vereinbart werden. Ist dies der Fall, erhebt die Kasse jedoch eine Zusatzprämie.

Naturarzneimittel dürfen AOK & Co. nicht erstatten. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet der Wahltarif „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“. Die Kosten etwa für homöopathische Präparate auf Privatrezept werden innerhalb eines solchen Tarifs von der Krankenkasse getragen. Als

Gegenleistung dafür erhebt die Kasse von den Versicherten aber eine Prämie.

So wurde bewertet: Für das Angebot von Tarifen mit Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung, variabler Kostenerstattung und Übernahme der Kosten für spezielle Arzneimittel wurden jeweils drei Punkte vergeben.

Beim Selbstbehalttarif konnte jeweils ein Extrapunkt erzielt werden, wenn in Anspruch genommene Vorsorgemaßnahmen, Leistungen für mitversicherte Ehepartner und Kinder nicht unter den Selbstbehalt fielen. Für das grundsätzliche Angebot darüber hinausgehender Wahltarife gab es drei weitere Punkte. Die Palette an Wahlтарifen, zu deren Angebot die Kassen verpflichtet sind, blieb ohne Bewertung.

maximale Punktzahl:

18,00

Kassen mit Top-Wahlтарif-Angebot

Kasse	maximaler Vorteil (in Euro)	maximaler Selbstbehalt (in Euro)	Selbstbehalttarif maximales Risiko (in Euro)	Anrechnung Leistung Vorsorge	Anrechnung Leistung Ehepartner	Anrechnung Leistung Kinder	Tarif Beitrags- rück- erstattung	Tarif variable Kosten- erstattung	Tarif spezielle Arzneimittel	weitere Tarife ²⁾	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet											
Techniker Krankenkasse	600	1100	500	nein	ja	nein	ja	ja	ja	Krankengeld	17,00
Barmer	500	40–45% ¹⁾	k.A.	nein	nein	nein	ja	ja	nein	weitere Selbstbehalte	15,00
BKK Essanelle	600	1200	600	nein	nein	nein	nein	ja	ja	Kombi aus SB und BR	15,00
BIG	600	1000	400	nein	ja	nein	ja	nein	ja	Kombi aus SB und BR	14,00
Deutsche BKK	600	1000	400	nein	ja	nein	ja	ja	nein	Krankengeld	14,00
regional geöffnet											
AOK Brandenburg	600	720	120	nein	nein	nein	nein	ja	ja	Krankengeld	15,00
AOK Plus	600	720	120	nein	nein	nein	nein	ja	ja	weitere Selbstbehalte	15,00
AOK Rheinland/Hamburg	600	660	60	nein	nein	nein	nein	ja	ja	Krankengeld	15,00
AOK Westfalen-Lippe	600	660	60	nein	nein	nein	nein	ja	ja	Krankengeld	15,00
IKK Niedersachsen	450	600	150	nein	nein	nein	ja	nein	ja	Kombi aus SB und BR	15,00
IKK Thüringen	600	780	180	nein	nein	nein	ja	nein	ja	Krankengeld	15,00
Salus BKK	500	600	100	nein	ja	nein	ja	ja	nein	Krankengeld	14,00

¹⁾in Anspruch genommener Leistungen, ²⁾Auswahl; SB = Selbstbehalt, BR = Beitragsrückerstattung; Top-3-Tabelle beim Faktor „Wahlтарife“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet

Quelle: Angaben der Kassen

BONUS-/VORTEILSPROGRAMME



Prämien für Gesundheitsbewusste



Sportlich: Wer sich fit hält, profitiert

Einer Studie des Marktforschers YouGov Psychonomics zufolge sind für rund 80 Prozent der GKV-Kunden Bonusprogramme interessant. Dabei honorieren die Kassen die gesunde Lebensführung der Mitglieder sowie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen mit Sach-

und Geldprämien. Pro Gesundheitskurs etwa (z.B. Nordic Walking oder Aquafitness) übernehmen die Kassen in der Regel 80 Prozent der Gebühren bis zu einer Höchstgrenze von 75 Euro. Bezuschusst wird pro Kalenderjahr maximal je ein Kurs aus den Präventionsschwerpunkten Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtmittelkonsum. Für Kompaktkurse, die mehrere Schwerpunkte abdecken, gibt es 150 Euro.

Neben den Bonus- sind auch die Vorteilsprogramme attraktiv. GKV-Mitglieder verpflichten sich hier etwa, nur ausgesuchte Apotheken aufzusuchen. Als Gegenleistung erlässt die Kasse ihnen Zuzahlungen.

So wurde bewertet: Im Bereich Bonusprogramme wurden die Angebote für die Teilnahme an Gesundheitskursen und -kuren, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Maßnahmen zu Bewegung/Sport, professionellen Zahnreinigungen und Kombinationsprogrammen (Teilnahme an diversen Maßnah-

men, um Bonus zu erhalten) bewertet sowie Offerten für darüber hinausgehende Programme. Bei jedem Angebot mussten die Kassen angeben, ob es für die Versicherten Gutscheine, Geldprämien, Sachprämien oder andere Boni gibt. Pro Bonus gab es einen Punkt.

Bei den Vorteilsprogrammen gingen in die Wertung die Reduktion von Zuzahlungen bei der Nutzung bestimmter Apotheken, Generika, Hilfsmittel, Krankenhäuser und Zahnersatzhersteller sowie pauschal weitere darüber hinausgehende Vorteilsprogramme ein. Je Vorteil gab es einen Punkt. Die Gesamtpunkte ergaben sich aus der Summe der Bonus- und Vorteilspunkte. Die beste Leistung bietet hier mit Abstand die Securvita Krankenkasse.

maximale Punktzahl:
38,00

Geld sparen mit Gesundheits- und Kostenbewusstsein

Kasse	Geldprämie für Teilnahme an ...						reduzierte Zuzahlung bei Nutzung bestimmter ...					Punkte gesamt
	Gesundheits- kursen	Gesundheits- kuren	Bewegung/ Sport	profession- eller Zahn- reinigung	Vorsorge- unter- suchungen	Schutz- impfungen	Apotheken	Generika	Hilfs- mittel	Kliniken	Zahnersatz- hersteller	
bundesweit geöffnet												
Securvita Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	33,00
Barmer	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	31,00
Techniker Krankenkasse	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	20,00
Signal Iduna IKK	ja	ja	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	15,00
HypoVereinsbank BKK	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein	ja	14,00
GEK Gmünder ErsatzKasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	11,00
BKK ALP plus	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	10,00
Novitas Vereinigte BKK	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein	ja	10,00
Schwenninger BKK	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	10,00
regional geöffnet												
AOK Rheinland/Hamburg	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	21,00
AOK Baden-Württemberg	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	19,00
mhplus Betriebskrankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	19,00
BKK Verkehrsbau Union	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	13,00
AOK Bayern	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein	nein	12,00
AOK Westfalen-Lippe	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	12,00
neue BKK	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	12,00
BKK Faber Castell & Partner	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	10,00

Top-11-Tabelle beim Faktor „Bonus-/Vorteilsprogramme“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; Auswahl der abgefragten Bereiche

Quelle: Angaben der Kassen

NATURHEILVERFAHREN



Sanfte Medizin

Früher galt bei gesetzlichen Krankenkassen die Devise: Nur die Schulmedizin kann heilen, Naturheilmittel und -verfahren hingegen sind wirkungslos. Diese Zeiten sind vorbei. Heute können sich TK, Barmer & Co. für alternative Heilmethoden durchaus erwärmen und übernehmen – unter bestimmten Voraussetzungen – die Kosten.

Die „grüne Medizin“ liegt voll im Trend. Einer Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der AOK zufolge wünschen sich drei Viertel aller Kassenpatienten die Kostenübernahme von Naturheilverfahren.

Als Teil einer umfassenden Schmerztherapie gehört die Akupunktur mittlerweile bei chronischen Knie- und Rückenleiden zu den Regelleistungen. Nur: Wer unter Spannungskopfschmerzen oder Migräne leidet, hat keinerlei Anspruch auf die chinesische Heilmethode. Auch tragen die Kassen Ausgaben für Akupunktursitzungen generell nur unter der Prämisse, dass ein Schulmedi-

ziner mit Kassenzulassung und entsprechen der Zusatzausbildung behandelt.

Naturheilverfahren werden heute – mit Ausnahme der Akupunktur – unter den sogenannten freiwilligen Satzungsleistungen der gesetzlichen Versicherungen subsumiert. Viele GKV übernehmen einen Großteil der Aufwendungen für Entspannungs- und Bewegungstechniken wie autogenes Training, Tai-Chi, Yoga und Qigong.

Auch die Homöopathie taucht in vielen Leistungskatalogen auf. Die Kostenübernahme erfolgt in der Regel allerdings nur für die sogenannte Erstanamnese, wobei der Arzt seinen Patienten nach aktuellen und früheren Beschwerden befragt. Vorsicht: Die Kosten für homöopathische Mittel und Folgeanamnesen muss der Kassenpatient selbst tragen.

Auch die Osteopathie ist von einigen Kassen mittlerweile als Naturheilverfahren anerkannt. Allein: Die Kosten dafür werden in aller

Regel lediglich im Rahmen der sogenannten integrierten Versorgung bei stationären Reha- und Kuraufenthalten getragen. Wer hingegen zum Osteopathen ohne Kassenzulassung geht, sieht von seiner Kasse keinen Cent.

So wurde bewertet: Für insgesamt 20 alternative Medizinangebote außerhalb der Leistungen, die im Rahmen von Bonusprogrammen oder der Gesundheitsförderung erbracht werden, mussten die gesetzlichen Kassen angeben, ob sie die Kosten dafür grundsätzlich ganz oder teilweise tragen oder generell nicht. Entsprechend gab es zwei Punkte oder keinen Punkt. Die Summe der Punkte wurde durch drei geteilt.

Sieger wurde wie auch bei den Bonusprogrammen die Securvita.

maximale Punktzahl:
14,00

Wo Alternatives bezahlt wird

Kasse	alternative Krebs- therapie	anthropo- sophische Medizin	Atem- therapie	autogenes Training	Balneo- therapie	Elektro- therapie	Helio- therapie	homöo- pathische Medizin	Hydro- therapie	Kryo- therapie	Osteo- pathie	Photo- therapie	Phyto- therapie	Reflex- zonen- massage	Shiatsu	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet																
Securvita Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	14,00
DAK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	10,00
KKH-Allianz	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	10,00
Barmer	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	9,33
Knappschaft	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	9,33
SBK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	9,33
Signal Iduna IKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	8,67
Techniker Krankenkasse	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	8,67
regional geöffnet																
Salvina	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	10,67
AOK Plus	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	10,00
mhplus Betriebskrankenk.	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	10,00
AOK Bayern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	9,33
BKK Mobil Oil	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	9,33
IKK Nordrhein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	9,33
AOK Rheinland/Hamburg	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	8,67
AOK Sachsen-Anhalt	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	8,67
BKK Faber Castell & Partner	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	8,67

Top-5-Tabelle beim Faktor „Naturheilverfahren“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; Auswahl der abgefragten Bereiche

Quelle: Angaben der Kassen

AMBULANTE VERSORGUNG



Vertragliche Freiheiten

Dank des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2004 haben die Krankenkassen die Möglichkeit, auch direkt mit Leistungserbringern im Gesundheitssystem (z. B. Ärzte, Therapeuten) Versorgungsverträge zu schließen. Sie müssen keine Organisationen wie die Kassenärztliche Vereinigung dazwischenschalten. Die „Besondere Ambulante Versorgung“ nach Paragraph 73c des 5. Sozialgesetzbuchs (kurz SGB V) ist eine rechtliche Möglichkeit, solche Kontrakte umzusetzen. Die Verträge können sehr frei gestaltet werden und einzelne Leistungen (z. B. bestimmte ambulante OPs) oder die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe (z. B.

Asthmatiker) umfassen. Die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (bestimmt den Leistungskatalog der GKV) müssen eingehalten und beispielsweise Vergütung und Dokumentation einvernehmlich zwischen den Partnern geregelt werden.

Für Versicherte bringt eine besondere ambulante Versorgung den Vorteil, dass sie von ausgewiesenen Spezialisten behandelt werden und alle Maßnahmen aufeinander abgestimmt sind. Die Teilnahme ist freiwillig. Wer mitmacht, verpflichtet sich, nur die vertraglich gebundenen Ärzte und Einrichtungen aufzusuchen. Diese stellen Überweisungen zu anderen Medizinern aus.

So wurde bewertet: Aus einem Katalog von 38 Bereichen der besonderen ambulanten Versorgung mussten die Krankenkassen angeben, in welchen Bereichen sie Angebote vorhalten. Für jedes Programm gab es zwei Punkte. Weitere zwei Punkte konnten pauschal für über den vorgegebenen Katalog hinausgehende Leistungen erzielt werden. Die Summe der Punkte wurde anschließend durch fünf geteilt.

maximale Punktzahl:
15,20

Die Kassen mit den meisten Ambulanz-Verträgen

Kasse	ambulante Kinderchirurgie	Atemwegs-erkrankungen	ambulante Operation	Augen-erkrankungen	Diabetes	Ernährungs-krankheiten	Früh-geburten-vermeidung	Herz-erkrankungen	Krebs-erkrankungen	Neuro-dermitis	Palliativ-medizin	psychische Erkrankungen	Rücken-erkrankungen	Schmerz-therapien	Sucht-erkrankungen	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet																
Techniker Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	14,40
BKK Gildemeister Seidenst.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	13,20
DAK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	12,00
BKK IHV	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	12,00
energie-BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	11,60
Barmer	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	9,20
HypoVereinsbank BKK	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	ja	7,60
Schwenninger BKK	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja	ja	5,20
Signal Iduna IKK	nein	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	nein	nein	4,80
GEK Gmünder ErsatzKasse	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	nein	ja	4,80
KKH-Allianz	ja	ja	ja	nein	ja	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein	4,80
BKK Essanelle	nein	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	ja	4,80
regional geöffnet																
mhplus Betriebskrankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	15,20
BKK Ford & Rheinland	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	12,40
BKK Mobil Oil	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	11,60
AOK Plus	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	nein	10,40
Salus BKK	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	8,40
BKK Verkehrsbau Union	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	8,00
AOK Bremen/Bremerhaven	nein	ja	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	8,00
AOK Bayern	ja	ja	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein	6,80
AOK Schleswig-Holstein	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	6,80
IKK Baden-Württemb. & He.	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	6,40
AOK Brandenburg	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	5,20

Top-15-Tabelle beim Faktor „besondere ambulante Versorgung“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; Auswahl der abgefragten Bereiche

Quelle: Angaben der Kassen

INTEGRIERTE VERSORGUNG



Lückenlos und reibungsfrei

Top-Service bei der medizinischen Versorgung in Verbindung mit einem optimierten Management von ihrer Kasse – das erwarten Kassenkunden heute. Das unterstreicht eine aktuelle Umfrage des Kölner Markt- und Meinungsforschungsinstituts Ipsos unter 3000 gesetzlich Versicherten. Gut 87 Prozent der Interviewten wünschen sich, dass ihre Krankenkasse die Behandlungsqualität von Ärzten und Krankenhäusern penibel prüft. Fast vier Fünftel fordern zudem, dass die Kassen bei der Auswahl geeigneter Mediziner und Kliniken hilft. Und gut 76 Prozent ist es wichtig, dass die Wirtschaftlichkeit von Ärzten und Krankenhäusern stärker kontrolliert wird.

Den Forderungen der Versicherten kommen Kassen mit Programmen zur sogenannten integrierten Versorgung (IV) nach. Spezielle Therapien mit verbindlich vereinbarten und regelmäßig überprüften Leistungsstandards garantieren dabei eine optimale Verzahnung des stationären (Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen) und ambulanten (Haus- und Fachärzte, Krankengymnasten, Apotheken) medizinischen Sektors. Das erhöht die Versorgungsqualität der Patienten merklich und kann den Heilungsprozess beschleunigen. Denn: Von der Diagnose über die Einweisung in eine Spezialklinik samt dem lü-

ckenlosen Übertritt in die Reha bis hin zur ambulanten Nachsorge beim Hausarzt koordinieren die Gesundheitsmanager der Kassen im Rahmen der integrierten Versorgung die Behandlung ihrer Klientel.

IV-Programme existieren für eine Vielzahl von Krankheitsbildern, etwa Asthma, Diabetes oder Tinnitus. Je nachdem, ob es sich um bundesweit oder regional operierende Ärzte und Einrichtungen handelt, sind IV-Programme für Patienten bundesweit flächendeckend oder nur regional zugänglich.

Die Teilnahme an Programmen zur integrierten Versorgung ist stets freiwillig. Vielfach belohnen die Kassen ihre Mitglieder, die sich für eine koordinierte Behandlungsmaßnahme einschreiben, mit der Reduzierung von Praxisgebühr und Eigenbeteiligung für Arznei, Hilfsmittel und Klinikaufenthalt.

So wurde bewertet: Für 38 ausgewählte Bereiche der integrierten Versorgung wurde erfasst, für welche die Kassen wie viele Verträge abgeschlossen haben. Zur Summe der Verträge wurde die Zahl sonstiger über die vorgegebenen Bereiche hinausgehenden IV-Verträge addiert und das Ergebnis anschließend logarithmiert. Die so ermittelte Punktzahl wurde um einen Verbreitungsfaktor ergänzt. Dieser gibt in Zehntelpunkten an, wie viel Prozent aller IV-Verträge im gesam-



Tinnitus: Auch gegen das Pfeifen im Ohr gibt es IV-Programme

ten Geschäftsgebiet der jeweiligen Kasse abgeschlossen wurden und entsprechend für Patienten zugänglich sind. Trifft dies auf alle Verträge zu, beträgt der Faktor eins, sind es weniger, fällt er geringer aus.

maximale Punktzahl:
14,72

Kassen mit umfassenden IV-Verträgen

Kasse	ambulante Operationen	Augen-erkrankungen	Diabetes	Endo-prothetik	Früh-geburten-vermeidung	Gefäß-erkrankungen	Gestations-diabetes-Screening	gynäkologische Indikationen	Herz-erkrankungen	Krebs-erkrankungen	Neuro-chirurgie	Palliativ-medizin	psychische Erkrankungen	Rücken-erkrankungen	Tumoren	Faktor Verträge im Gesamtgebiet	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet																	
DAK	76	30	5	65	5	9	0	14	26	34	36	15	27	39	30	0,82	14,54
Techniker Krankenkasse	48	9	2	45	1	18	1	3	31	39	18	4	32	52	39	0,03	13,59
KKH-Allianz	23	9	4	3	0	3	0	21	11	27	10	4	5	11	27	1,00	12,96
Novitas Vereinigte BKK	36	5	0	79	11	0	0	22	5	9	4	37	10	89	0	0,00	12,61
GEK Gmünder ErsatzKasse	119	5	0	14	1	14	0	26	12	11	10	3	5	12	11	0,03	12,32
R+V BKK	26	1	3	40	10	3	9	4	6	4	5	31	4	10	4	0,05	11,70
HypoVereinsbank BKK	16	3	2	4	11	0	9	18	3	14	2	29	6	6	14	0,00	11,25
Barmer	2	4	5	42	0	1	0	2	21	12	9	7	6	7	12	0,01	11,25
regional geöffnet																	
BKK Wirtschaft & Finan.	14	4	4	46	8	1	8	16	8	6	8	32	7	10	5	0,02	11,86
BKK Mobil Oil	24	1	17	27	12	1	12	14	3	8	7	23	2	14	8	0,04	11,60
mhplus Betriebskrankenk.	18	2	11	32	8	2	6	7	12	2	0	14	3	10	1	0,00	11,07

Top-10-Tabelle beim Faktor „integrierte Versorgung“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; Anzahl der IV-Verträge in ausgewählten Bereichen

Quelle: Angaben der Kassen

GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Früh vorbeugen

Was ist das beste Mittel gegen hohe Krankenstände und steigende Gesundheitsausgaben? Richtig: die Bürger im Land erst gar nicht krank werden zu lassen. Das weiß auch der Gesetzgeber. In Paragraf 20 des 5. Sozialgesetzbuchs hat er daher festgeschrieben, dass die gesetzlichen Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen verankern sollen, die den „allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. In Kindergärten und Schulen, in Unternehmen und Betrieben, aber auch für den einzelnen individuellen Versicherten werden daher reichlich Programme zur Gesundheitsförderung angeboten. Sie bringen Kindern wie Erwachsenen eine gesunde Ernährung, Spaß an Bewegung und Sport oder den richtigen Um-

gang mit Stress und Ärger am Arbeitsplatz näher.
So wurde bewertet: Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurden in drei Kategorien abgefragt.
Bei der individuellen Gesundheitsförderung wurden die Leistungen der Krankenkassen für Kurse folgender Bereiche bewertet: Qigong, Yoga, progressive Muskelentspannung, Feldenkrais-Methode, gesunde Ernährung, Suchtprävention sowie individuelle Bewegung.
Beim Engagement in Kindergärten und Schulen konnten die Kassen für Programme zu gesunder Ernährung, Bewegung, Sucht, Gewaltprävention und psychischer Gesundheit punkten.
Bei den Betrieben schließlich zählten Angebote zur Analyse des Betriebs (z. B. Ermittlung von Krankenständen), zur Eliminierung

von Gesundheitsrisiken, zur Burnout-Prävention, zum Stressmanagement, zur gesunden Mitarbeiterführung, zur gesunden Ernährung, zur Suchtprävention, zur individuellen Bewegung sowie zur Firmenfitness (z.B. Durchführung regelmäßiger Gesundheitstage).
Für jede der genannten umgesetzten Maßnahmen wurde ein Punkt vergeben. Zudem gab es bei den individuellen Maßnahmen in Kindergarten und Schule sowie im Betrieb jeweils einen Zusatzpunkt für weitere, über die aufgelisteten Angebote hinausgehende Programme in Sachen Gesundheitsförderung.

maximale Punktzahl:

25,00

Engagiert für die Gesundheit															
Kasse	Qigong	Yoga	individuelle Förderung	gesunde Ernährung	Bewegung	Ernährung	Förderung in Kindergarten/Schule	Sucht	Gewaltprävention	psychische Gesundheit	Stressmanagement	Förderung im Betrieb	Suchtprävention	Bewegung	Firmen-Fitness
Punkte gesamt															
bundesweit geöffnet															
Securvita Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	24,00
BKK Gesundheit	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
DAK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
Deutsche BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
R+V BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
Techniker Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
Barmer	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
Bahn-BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
BKK Gildemeister Seidensticker	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	22,00
Knappschaft	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
regional geöffnet															
AOK Rheinland-Pfalz	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	24,00
AOK Schleswig-Holstein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
BKK Mobil Oil	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	23,00
AOK Bayern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
AOK Berlin	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
AOK Mecklenburg-Vorpommern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
AOK Plus	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
BKK Verkehrsbau Union	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
IKK Niedersachsen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	22,00
Salvina	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,00

Top-3-Tabelle beim Faktor „Gesundheitsförderung“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; Auswahl der abgefragten Bereiche

Quelle: Angaben der Kassen

ZUSATZLEISTUNGEN



Mehr als Standard

Über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus gibt der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen Spielraum, in ihren Satzungen weitere Versorgungsangebote festzulegen. In der Regel handelt es sich dabei um Erweiterungen von Leistungen des allgemeinen Katalogs. Gerade für Familien mit kleinen Kindern finden sich im Rahmen dieser Zusatzleistungen Optionen, die sich als attraktives Plus gegenüber dem üblichen Standard erweisen. So sind etwa alle Kassen verpflichtet, die Kosten für die Mitaufnahme eines Elternteils in der Klinik zu übernehmen, wenn ein Arzt dies medizinisch für notwendig hält. Als Zusatzleistung jedoch bieten viele Versiche-

rungen das sogenannte Rooming-in an, bei dem ein Elternteil unabhängig von der Empfehlung eines Mediziners bis zu einem bestimmten Alter des Kindes mit ins Krankenhaus gehen darf.
Eine weitere Zusatzleistung ist die Übernahme der Kosten für Pflegekräfte, wenn eine Pflege in den eigenen vier Wänden angeordnet wurde, über die gesetzlich auf vier Wochen befristete Zeit hinaus. Auch steht es den Kassen frei, ihren Mitgliedern die Ausgaben für Gesundheitsseminare und Präventionskurse ganz oder teilweise zu erstatten.
So wurde bewertet: Für zusätzliche Leistungen in den Bereichen häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen, Hospizleistungen,

Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Gesundheitsseminare und Präventionskurse, Rehabilitationsberatung und Rooming-in konnten sich Kassen jeweils zwei Punkte verdienen, wenn sie die Extras gewähren. Zwei weitere Punkte gab es für generelle Zusatzleistungen über die genannten Bereiche hinaus. Die Summe der Punkte wurde mit dem Faktor 1,125 multipliziert.

maximale Punktzahl:

22,50

Die besten Mehr-Leister										
Kasse	zusätzliche häusliche Krankenpfl.	Haushaltshilfen	Hospizleistungen	Vorsorgeuntersuchungen	Schutzimpfungen	Vorsorgeleistungen an Kurorten	Gesundheitsseminare	Reha-Beratung	Rooming-in bei Kindern	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet										
BIG	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
DAK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
R+V BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
Securvita Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
Techniker Krankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
Bahn-BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
BKK ALP plus	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
BKK IHV	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
Deutsche BKK	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
GEK Gmünder ErsatzKasse	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
HypoVereinsbank BKK	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
Knappschaft	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
SBK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
Signal Iduna IKK	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
regional geöffnet										
AOK Westfalen-Lippe	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
mhplus Betriebskrankenkasse	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
Salus BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	22,50
AOK Bayern	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
AOK Berlin	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	20,25
AOK Plus	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	20,25
BKK Wirtschaft & Finanzen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	20,25
neue BKK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	20,25
Salvina	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	20,25

Top-2-Tabelle beim Faktor „Zusatzleistungen“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet; ja = generelle Übernahme; nein = keine Übernahme

Quelle: Angaben der Kassen

TRANSPARENZ



Mit offenen Karten

Hand aufs Herz: Durchschauen Sie das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)? Was genau sind eigentlich die vorgeschriebenen gesetzlichen Leistungen, und was bietet meine Kasse, was andere nicht bieten? Wie werden meine Beiträge

genau verwendet? Was davon fließt tatsächlich in medizinische Leistungen, und was geht beispielsweise für die Verwaltung und Marketingmaßnahmen drauf? Und wie rechnen die Versicherungen mit Ärzten und Kliniken ab? Läuft es da reibungslos, oder gibt es öfter Ärger? Wie oft kommt es vor, dass Patienten gegen die Entscheidung einer Kasse gerichtlich zu Felde ziehen?

Hinter den Kulissen der gesetzlichen Krankenversicherung geht es äußerst kompliziert zu. Otto Normalpatient bekommt in der Regel nicht mit, was ein Besuch beim Arzt selbst auf Grund eines harmlosen grippalen Infekts an Prozessen auslöst, welche Daten beispielsweise zwischen Kasse und Mediziner ausgetauscht werden, auf welchen gesetzlichen Grundlagen Behandlungen erfolgen, wie Leistungen vergütet werden und welche Umverteilungen zwischen den Krankenkassen erfolgen.

Um ihren Kunden den Durchblick im Gesundheitssystem zu erleichtern, gewähren zahlreiche Kassen zumindest in Teilen Einblick in die Welt hinter Chip-Karte, Wartezimmer und Behandlungsliege. Sie stellen zum Beispiel ihre Satzungen und Geschäftsberichte online. Interessierte Versicherte finden darin Angaben zum Leistungsspektrum der Kasse sowie detaillierte Zahlen, wie viel Geld in welchen Leistungsbereichen ausgegeben wird, wie hoch der Verwaltungskostenanteil bei der jeweiligen Kasse ausfällt und ob Überschüsse oder Fehlbeträge erwirtschaftet wurden. Bei der Kassenwahl ist ein Blick in die Bilanz durchaus hilfreich, um abzuschätzen, ob bei der betreffenden Kasse in absehbarer Zeit Zusatzbeiträge drohen oder Erstattungen winken könnten.

So wurde bewertet: Die Transparenz der Krankenkassen wurde anhand von vier Faktoren gemessen. Ist die Satzung im Internet öffentlich zugänglich, sind Geschäftsberichte für jedermann im World Wide Web einsehbar, wurde die Zahl der im vergangenen Jahr gegen die Kasse vor den Sozialgerichten eingereichten Anfechtungsklagen im Fragebogen des Krankenkassentests angegeben und die Summe der Netto-Verwaltungskosten je Versicherten genannt, gab es dafür jeweils einen Punkt.

maximale Punktzahl:
4,00

ZUSATZVERSICHERUNGEN



Mehr zum Vorzugspreis

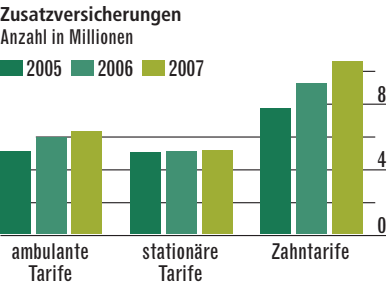
So angenehm viele Eigenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung auch sind – etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten ohne eigenes Einkommen oder die vorbehaltlose Aufnahme auch von chronisch Kranken ins Versicherungssystem ohne Zuschläge beim Beitrag: Schmerzlich ist die Tatsache, dass der Leistungskatalog über die Jahre immer wieder ausgedünnt wurde. Die Kosten für Brillen beispielsweise werden heute nur noch bei schwersten Sehproblemen übernommen, die Fahren zu ambulanten Behandlungen nicht mehr ersetzt, die Zuzahlungen für Arznei- und Hilfsmittel haben sich erhöht, das Krankentagegeld wurde gesenkt.

Zwar kann jeder Kassenpatient nach wie vor sicher sein, dass ihm im Ernstfall alle medizinisch notwendigen Leistungen zuteil werden, Komfort, High-Tech- oder wahlweise auch alternative Medizin kann er jedoch nicht erwarten. Und er muss in nahezu allen Bereichen selber einen Teil der Kosten schultern – von der Praxisgebühr bis zum Eigenanteil bei Zahnersatzmaßnahmen.

Immer mehr GKV-Versicherte schließen daher private Zusatzpolicen ab, um den Schutz aufzubessern (s. Grafik). Die Palette reicht von Ergänzungsversicherungen für Zahnersatz über Tarife, die bei stationären Aufenthalten leisten, bis zu Sterbegeldpolicen (s. Kasten rechts). Zahlreiche gesetzliche Kassen bieten ihren Versicherten Zusatzverträge über Partner aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung an. Über sogenannte Rahmenverträge gibt es hier vielfach günstigere Konditionen gegenüber am

Begehrte Ergänzung

Zahnversicherungen sind unter den privaten Zusatzpolicen das am häufigsten gewählte Produkt.



Markt angebotenen Policen. Einzelne Kassen haben sogar spezielle Versicherungspakete geschnürt, die so nicht bei anderen Versicherungen zu haben sind.

Wer einen solchen Vorzugstarif abschließt, muss sich allerdings damit abfinden, dass er im Fall eines Wechsels der Krankenkasse den Anspruch auf den Discount unter Umständen verliert. Er kann dann zwar die Zusatzpolice weiterführen, muss jedoch einen Prämienzuschlag zahlen.

So wurde bewertet: Je einen Punkt konnten sich die Kassen verdienen, wenn sie zusammen mit einem Partnerunternehmen ihren Versicherten private Zusatzversicherungen für ambulante Behandlungen, für ambulante Behandlungen nach dem Kostenersatzprinzip, für stationäre Behandlungen, für Zahnbehandlung und Zahnersatz, für Krankentagegeld für Arbeitnehmer sowie für Sterbegeld anbieten.

maximale Punktzahl:
6,00

WAS IST WAS?

Stationäre Zusatzpolice: 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 auch ein Tagegeld vereinbart werden, das die Zahlung eines täglichen Fixbetrags während des Klinikaufenthalts sichert, um etwa Kosten für Telefon, Fernsehen oder Fahrten zur Klinik abzudecken.

Ambulante Zusatzpolice: Übernimmt die Kosten für Sehhilfen, Zahnersatz, Heilpraktikerbehandlung, Homöopathie, Massagen und Heilbäder sowie private Zuzahlungen und in einigen Fällen auch die Praxisgebühr. Oft ist auch ein Auslandskrankenschutz mit enthalten. Die einzelnen Komponenten gibt es meist nur im Paket.

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

Sterbegeldversicherung: Kleinen Lebensversicherung zur Abdeckung der Kosten für eine Beerdigung. Die Versicherungssumme liegt in der Regel bei 5000 Euro.

Krankentagegeldversicherung: Verdienstauffüllversicherung, mit der Arbeitnehmer das gesetzliche Krankentagegeld bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit aufstocken können.

Zusatzpolice Kostenerstattung: Erstattet ganz oder teilweise den Restbetrag bei ambulanten Behandlungen, wenn der Versicherte statt des Sachleistungs- das Kostenerstattungsprinzip gewählt hat. Patienten sind dabei direkt Vertragspartner des Arztes und müssen sich entstandene Behandlungskosten von der Kasse erstatten lassen.



Aktiv für die Gesundheit

Um gesund zu bleiben und Erkrankungen vorzubeugen, gibt es viele Möglichkeiten. Man kann sich bewusst ernähren, Sport treiben, Stress vermeiden. Neben der eigenen Aktivität gibt es aber auch noch ein anderes wichtiges Element der sogenannten Prävention: die regelmäßige Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen. Denn werden gesundheitliche Warnzeichen beizeiten erkannt, kann gegengesteuert und im besten Fall eine Erkrankung dauerhaft vermieden werden. Vorbeugende Maßnahmen bieten die gesetzlichen Krankenkassen in vielen Bereichen an oder fördern sie, indem sie Anreize für ihre Versicherten setzen. Bei welchem Anbieter das Engagement besonders umfangreich ausfällt, zeigt das Präventions-Ranking, das sich aus den Daten des MONEY-Krankenkassentests speist.

So wurde bewertet: Für die Sonderauswertung wurden Teile der Bereiche Bonus-/Vorteilsprogramme, besondere ambulante Versorgung, Naturheilverfahren, integrierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Zusatzleistungen herangezogen. Aus dem Bereich Bonus- und Vorteilsprogramme (s. S. 66) wurden die Punkte für Gesundheitskurse, Bewegung und Sport, Gesundheitskuren, weitergehende Vorsorgeuntersuchungen, professionelle Zahnreinigung, Schutzimpfungen, Kombinationsangebote sowie für weitere Angebote gezählt. Je Bonus in Form von Geld, Gutschein, Sachprämie oder anders gearterter Vergütung gab es einen Punkt. Im Sektor Naturheilverfahren (s. S. 67) flossen die Leistungen der Kassen für Kurse zu autogenem Training und Shiatsu (in Japan entwickelte Form der Körpertherapie) ein. Dabei gab es je zwei Punkte für die generelle Kostenübernahme oder Zuschüsse.

Bei der besonderen ambulanten Versorgung (s. S. 68) konnten die Kassen für Angebote im Bereich Frühgeburtenvermeidung, Gestationsdiabetes-Screening (Vortest für Schwangerschaftsdiabetes), Hämochromatose-Screening (Vortest für Eisenspeicherkrankheit), Koronar-Restenosen-Vermeidung (Herzgefäßverengung) und vorbeugende Maßnahmen für Osteoporose-Kranke (übermäßiger Abbau von Knochen substanz) jeweils zwei Punkte einfahren. Im Sektor integrierte Versorgung (s. S. 69) gab es je zwei Punkte für vorhandene Verträge in denselben Bereichen wie bei der besonderen ambulanten Versorgung. Aus dem Feld der Zusatzleistungen (s. S. 71) sind die Punkte (jeweils zwei) für Angebote zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen, für Schutzimpfungen und für Gesundheitsseminare/Präventionskurse berücksichtigt. Der Bereich Gesundheitsförderung (s. S. 70) ging komplett mit je einem Punkt pro Maßnahme in die Wertung ein.

Die Präventions-Meister

Kasse	Punkte Bonus-/Vorteilsprogramme	Punkte Naturheilverfahren	Punkte bes. ambulante Versorgung	Punkte integrierte Versorgung	Punkte Gesundheitsförderung	Punkte Zusatzleistungen	Punkte gesamt
bundesweit geöffnet							
Barmer	29	2	8	2	23	4	68
Securvita Krankenkasse	28	4	0	6	24	6	68
Techniker Krankenkasse	17	4	8	8	23	6	66
HypoVereinsbank BKK	10	4	4	6	21	6	51
Schwenninger BKK	8	2	6	4	21	6	47
Signal Iduna IKK	15	2	4	0	21	4	46
R+V BKK	6	2	0	8	23	6	45
BKK Gildemeister Seidenst.	1	4	8	8	22	2	45
regional geöffnet							
mhplus Betriebskrankenkasse	13	4	10	8	21	6	62
AOK Rheinland/Hamburg	20	2	0	4	21	6	53
AOK Plus	7	4	6	6	22	6	51
BKK Faber Castell & Partner	8	2	6	6	21	6	49
BKK Mobil Oil	3	4	6	6	23	6	48
Salvina	9	4	2	6	22	4	47
AOK Bayern	10	2	6	0	22	6	46
BKK Ford & Rheinland	7	0	8	8	21	2	46

Top-10-Tabelle der Sonderauswertung „Prävention“, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet Quelle: Angaben der Kassen

Gymnastik: Prävention fördert die Gesundheit



Favoriten aus Arztsicht

186 gesetzliche Krankenkassen, so der Stand der offiziellen Statistik des Bundesgesundheitsministeriums im September 2009, wetteifern in Deutschland um Mitglieder – vom großen Tanker mit mehr als fünf Millionen Mitgliedern bis zum kleinen Boot mit wenigen tausend Versicherten an Bord. Egal ob groß oder klein, sie alle müssen die Kosten für die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Leistungen erstatten. Also eigentlich alles austauschbar, oder doch nicht? Die Bürger haben ihre Gunst unterschiedlich verteilt. Die meisten Versicherten (Mitglieder plus beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige) präferieren die Ersatzkassen vor den Orts- und Betriebskrankenkassen. Das individuell von den Versicherungen beeinflussbare Angebot macht eben doch einen Unterschied, auch wenn der Anteil am gesamten Leistungsspektrum weniger als zehn Prozent beträgt. So wie die Patienten mit den Füßen abstimmen und bestimmten Kassen den Vorzug geben, haben auch die Ärzte ihre Favoriten. Denn auch wenn der Rahmen für die Beziehung des Arztes zur Krankenkasse im Grunde überall der gleiche ist – wie auch das Gros der Kassenleistungen für die Patienten –, gibt es in der Praxis doch spürbare Unterschiede. Zum Beispiel bei der Bürokratie. Immer wieder sind Ärzte aufgefordert, Berichte und Dokumentationen zu Patienten für die Kassen zu erstellen. Die Anforderungen der Kassen variieren, was den Medizinern mal mehr, mal weniger Arbeit abverlangt, die von ihrer Zeit für die Patienten abgeht. Differenzen gibt es auch bei Kulanz und Geschwindigkeit, mit der Anträge auf Leistungen von den Kassen bearbeitet werden. FOCUS-MONEY hat daher rund 30000 Ärzte befragt. Das Ergebnis: Die Bewilligung von Leistungen ist aus Medizinersicht das Feld, auf dem es am häufigsten zu Konflikten mit den gesetzlichen Kassen kommt (s. auch S. 58–61). Ein weiteres Feld, bei dem es auf ein ungetrübtes Verhältnis zwischen Ärzten und Kassen ankommt, sind Direktverträge zwischen den beiden Parteien, die im Rahmen der besonderen ambulanten, integrierten oder hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen werden können. Kurzum: Es gibt viele Berührungspunkte, bei denen sich manifestiert, mit welchen Versicherungen die Ärzteschaft gut oder weniger gut kann und wer das Zeug zu „Doktors Liebling“ hat. Stimmt das Ver-

hältnis, profitiert am Ende auch der Patient, ist er doch gern gesehener Kunde im Sprechzimmer und kommt im Zweifel schneller in den Genuss bestimmter Leistungen. **So wurde bewertet:** Im Rahmen einer Online-Umfrage wurden rund 30000 Ärzte in Praxen und Kliniken um die Nennung von bis zu drei gesetzlichen Krankenkassen gebeten, mit denen sie am liebsten zusammenarbeiten. Die Auswertung zeigt, nach Kassengrößen sortiert, die jeweils vier Kassen mit den meisten Nennungen in alphabetischer Reihenfolge. Anders als bei den übrigen Faktoren im FOCUS-MONEY-Kassentest wurde dabei nicht nach bundesweiter und regionaler Öffnung differenziert, sondern nach der Zahl der Mitglieder. Hintergrund: Mit den Kunden von mitgliederstarken Kassen kommen Ärzte statistisch häufiger in Kontakt als mit denen kleiner Anbieter – unabhängig davon, ob sie bundesweit oder nur regional geöffnet sind. Daher die Unterteilung in die drei Kategorien a) mehr als eine Million Mitglieder, b) 500000 bis eine Million Mitglieder und c) bis zu 500000 Mitglieder.

Doktors Lieblinge

Kasse	Mitglieder zum 1.1.2009
über 1 Mio. Mitglieder	
Barmer	5 198 489
DAK	4 611 109
GEK Gmünder ErsatzKasse	1 187 423
Techniker Krankenkasse	4 955 990
500 000 bis 1 Mio. Mitglieder	
BKK Gesundheit	850 000
BKK Mobil Oil	698 000
Deutsche BKK	760 155
SBK	508 487
bis 500 000 Mitglieder	
Audi BKK	172 147
Bosch BKK	131 040
Dräger & Hanse BKK	107 546
Pronova BKK	232 321
Kassen mit den jeweils meisten Nennungen in alphabetischer Reihenfolge	

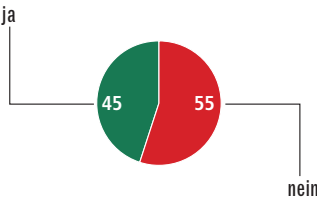
Quelle: Focus-Money

Arzt: Auch Mediziner haben Favoriten unter den Kassen

Angst vor Knebelung

Die Meinungen sind geteilt. Etwas mehr als die Hälfte der Ärzte lehnt direkte Verträge mit den Kassen ab.

Halten Sie direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten für sinnvoll? in Prozent



Quelle: Focus-Money-Ärzteumfrage