

FOCUS

MONEY

DAS MODERNE WIRTSCHAFTSMAGAZIN

www.focus-money.de

Der große
KASSEN
Guide

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



GESUNDHEIT WEITER GEDACHT

WEIL DAS KINDER- UND JUGEND- PROGRAMM ÜBERZEUGT.

Als erste Krankenkasse bundesweit bietet die BARMER GEK die erweiterten U-Untersuchungen Paed.Check® und drei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.

Das ist GESUNDHEIT WEITER GEDACHT – für eine lückenlose Versorgung.

Weitere Informationen unter
www.barmer-gek.de

BARMER GEK

Vergleichen lohnt sich

Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, stimmt die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung auf steigende Beiträge ein. „In diesem Jahr rechnen wir nicht mit Beitragserhöhungen, ab 2016 aber schon. Die Bundesregierung hat eine Reihe von Gesetzen in Gang gebracht, die zusätzliche Belastungen bringen. Wir gehen davon aus, dass ab nächstem Jahr bei einem Einkommen von 3000 Euro im Durchschnitt etwa 30 Euro pro Monat Zusatzbeitrag anfallen“, sagte sie kürzlich in einem Interview. So soll es infolge des Versorgungsstärkungsgesetzes mehr Geld für Ärzte in bestimmten Regionen geben. Auch die Krankenhausreform koste zusätzliches Geld, ebenso wie das Präventionsgesetz und das E-Health-Gesetz. 2016 würden die zusätzlichen Belastungen bei 1,7 Milliarden Euro liegen, 2019 bei mehr als drei Milliarden Euro, rechnet Pfeiffer vor.

Keine Frage: Gesundheit ist ein äußerst wertvolles Gut. Jeder sollte daher gewillt sein, sie so umfassend wie möglich zu schützen. Preis und Leistung der Versicherung sollten dabei jedoch immer in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Beim Preis kann man als Versicherter nicht groß taktieren, bestimmt diesen doch die Politik durch die Festsetzung des Beitragssatzes. Allenfalls der Zusatzbeitrag, den die Kassen nach eigenem Ermessen erheben, eröffnet Spielräume. Die Ersparnis, wenn man eine Kasse mit niedrigem Zusatzbeitrag wählt, liegt gegenüber einem Anbieter mit höherem Aufschlag je nach Einkommen im Jahr jedoch nur bei wenigen hundert Euro.

Bei der Leistung haben Versicherte indes sehr viel mehr Einfluss – indem sie die Kasse wählen, die zu ihren individuellen Bedürfnissen am besten passt. Denn bei den gesetzlichen Kassen gibt es nicht nur Einheitskost. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren die Spielräume für Zusatzleistungen und erweiterte Leistungen erheblich vergrößert.

Nehmen Sie sich die Zeit, und vergleichen Sie die Leistungskataloge. Für sieben exemplarische Versichertentypen haben wir Ihnen im vorliegenden Heft die Arbeit schon mal abgenommen.



Frank Pöpsel,
Chefredakteur

Jhr. Frank Pöpsel

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: 4/2015

Schöne Reisen kosten Geld.



Wissen ist Geld.

FOCUS MONEY DAS MODERNE WIRTSCHAFTSMAGAZIN www.focus-money.de

↑ Solider als Deutschland: Die sichersten Aktien aus der Schweiz, Dänemark und Schweden

↑ Kursziel 100 Prozent! Blackberry-Aktien kaufen!

INHALT



6

GKV aktuell

Die Zahl der Krankenkassen sinkt. Leichter wird die Auswahl für Versicherte dadurch nicht, denn die Leistungsunterschiede nehmen zu. Über den Standard-Katalog hinaus gibt es eine Fülle von Erweiterungen und Extras. Da ist für jeden etwas dabei. FOCUS-MONEY und das Deutsche Finanz-Service Institut haben für sieben Versichertentypen die besten Kassen ermittelt.



12

Familie

Vor und nach der Geburt stehen die gesetzlichen Kassen Eltern jederzeit zur Seite. Auch wenn der Kinderwunsch nicht auf natürlichem Weg erfüllt werden kann, unterstützen sie.



20

Anspruchsvolle

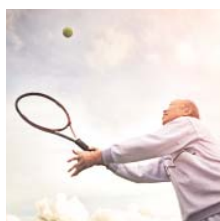
Darf's ein bisschen mehr sein? In der GKV ist man keineswegs Patient zweiter Klasse. Mit der richtigen Kasse an der Seite gibt es umfangreiche Extras und Services.



14

Sportler

Mehr als sieben Stunden am Tag verbringen wir sitzend. Dabei ist der Körper für Bewegung gemacht. Wer aktiv ist, lebt nicht nur gesünder. Er wird auch von der Kasse belohnt.



22

Senioren

In den Industrienationen steigt nicht nur die Lebenserwartung der Menschen. Sie bleiben auch länger gesund. Wenn's dennoch mal zwickt, ist altersgerechte Medizin gefragt.



16

Berufsanfänger

Im ersten Job ist das Gehalt meist noch nicht so üppig. Gut, wenn sich da Beiträge sparen lassen, zum Beispiel über einen Wahltarif mit Beitragsrückerstattung.



24

Selbstständige

Wer als Selbstständiger arbeitet, weiß die Freiheit bei seiner Tätigkeit zu schätzen. Auch beim Versicherungsschutz lässt sich das Paket nach persönlichen Vorlieben schnüren.



18

Naturmedizin-Fans

Dass es mehr als Schulmedizin gibt, wissen auch die gesetzlichen Versicherungen – und zahlen für alternative Heil- und Behandlungsmethoden.



26

Gesamtwertung

Welche Kasse hat über alle sieben Versichertenprofile hinweg die Nase vorn? Und wer siegt in der historischen Betrachtung aller bisherigen Auswertungen?

Gesetzliche Krankenversicherung

DIE GROSSE QUAL DER WAHL

Wer eine neue Krankenkasse sucht, hat die Auswahl unter Dutzenden Anbietern. Doch wen soll man wählen? Sind nicht alle Anbieter mehr oder weniger gleich? Keineswegs. Trotz weit reichender gesetzlicher Vorgaben gibt es erhebliche Unterschiede im Leistungsspektrum

Immer weniger

Die Zahl der Krankenkassen nimmt immer weiter ab. Allein im Januar dieses Jahres verschwanden sieben Anbieter durch Fusionen vom Markt.

Anzahl der Krankenkassen in Deutschland



Quelle: GKV-Spitzenverband



Auswahl:

FOCUS-MONEY hat die passende Kasse für verschiedene Versicherten-Typen ermittelt

Die „Qual der Wahl“ kennen Konsumenten in deutschen Einkaufsstrassen nur zu gut. Seit 1980 hat sich die Ladenfläche im Einzelhandel hierzulande ungefähr verdoppelt. Und auch in den Geschäften innendrin hat die Auswahl enorm zugenommen. Mehr als 13000 Artikel hält ein durchschnittlicher Supermarkt heute für seine Kunden bereit. Dabei macht das Überangebot das Leben nicht unbedingt angenehmer. Studien haben gezeigt, dass eine zu große Auswahl sich negativ auf die Zufriedenheit und das Kaufverhalten der Verbraucher auswirken kann. Psychologen sprechen vom Too-much-choice-Effekt. Ist die Auswahl zu groß und zu komplex, scheuen die Kunden im Zweifel davor zurück, etwas zu kaufen, oder sind im Anschluss an den Einkauf unsicher, ob nicht doch ein anderes Produkt der bessere Fang gewesen wäre.

So gesehen, kommt die Entwicklung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Verbrauchern auf den ersten Blick entgegen. Denn die Zahl der Krankenkassen, die für Versicherte zur Auswahl stehen, ist in den vergangenen Jahren deutlich geschrumpft (s. auch Grafik links). Warben vor zehn Jahren noch mehr als 260 Kassen um Mitglieder, sind es mit aktuell 124 weniger als die Hälfte. Und die tatsächliche Auswahl für den einzelnen Versicherten ist noch einmal kleiner. Denn 32 Anbieter davon stehen nur Mitarbeitern (und deren Angehörigen) bestimmter Betriebe offen. Weitere 47 sind geschäftlich nur in ausgewählten Bundesländern aktiv. Und da GKV-Mitglieder nur eine Kasse wählen dürfen, die in ihrem Wohnortbundesland oder dem Bundesland, in dem ihr Arbeitsplatz liegt, geöffnet ist, beziehungsweise der ihr Arbeitgeber angeschlossen ist, dürfte sich die Auswahl in der Regel auf die Hälfte oder weniger der Gesamtheit von 124 Kassen beschränken.

Mehr Freiheiten. Der Rückgang der schiereren Zahl der Kassen – allein im Januar dieses Jahres verschwanden sieben Kassen durch Fusionen mit Wettbewerbern vom Markt – macht den Auswahlprozess für Versicherte aber nicht unbedingt einfacher. Denn der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren die Möglichkeiten für die Kassen erweitert, über den gesetzlichen Grundkatalog hinaus Leistungen anzubieten. Der Wettbewerb um die beste Versorgung hat an Fahrt gewonnen, die Unterschiede in den Kassenportfolien sind entsprechend ausgeprägter.

So können die Wettbewerber zum Beispiel begrenzte Budgets bereitstellen für die Inanspruchnahme alternativer Heilmethoden wie Homöopathie, Osteopathie oder Traditionelle Chinesische Medizin. Oder sie tragen die Kosten für Professionelle Zahnreinigungen, was der Regelkatalog nicht vorsieht. Ebenso steht es ihnen frei, gesonderte Verträge mit Ärzten und anderen Leistungserbringern zu schließen, die Versicherten Zugang zu besonderen medizinischen Einrichtungen oder innovativen Behandlungsmethoden geben. Erweiterungsmöglichkeiten bestehen auch bei gesetzlichen Regelleistungen wie der Kostenübernahme von Haushaltshilfen

(wenn die Haushaltsführung auf Grund einer Erkrankung nicht möglich ist und z.B. minderjährige Kinder versorgt werden müssen), Vorsorgeuntersuchungen oder der künstlichen Befruchtung. Hier dürfen die Kassen zum Beispiel die Zeiträume erweitern, in denen die Kosten für eine Hilfskraft übernommen werden, sie dürfen Altersgrenzen herabsetzen, ab denen bestimmte Vorsorgetermine in Anspruch genommen werden können (z. B. Hautkrebsfrüherkennung), oder sie bezuschussen medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft großzügiger, als dies die gesetzlichen Vorgaben vorsehen.

Finanzielle Vorteile für ihre Mitglieder können Kassen auch im Rahmen des freiwilligen Angebots von Wahlтарифen und Bonusprogrammen einräumen. Hier locken Geld- oder Sachprämien, wenn über längere Zeit keine Leistungen zu Lasten der Kasse in Anspruch genommen werden beziehungsweise wenn ein gesundheitsbewusstes Verhalten wie die Mitgliedschaft im Sportverein oder regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsforschungen nachgewiesen wird.

Unterschiede zwischen den gesetzlichen Kassen bestehen darüber hinaus auch im Servicebereich. So sind bestimmte Anbieter zum Beispiel für ihre Versicherten rund um die Uhr erreichbar an 365 Tagen im Jahr. Oder sie halten neben der Standard-Kunden-Hotline noch einen Telefonservice für medizinische Fragen bereit, verfügen über Datenbanken im Internet mit Arzt- und Klinik-Adressen und -Bewertungen oder vermitteln Termine beim Arzt, wenn der Versicherte selbst keinen zeit- oder ortsnahe Termin bekommt.

Wechselregeln beachten. Die erweiterte Leistungsvielfalt ermöglicht am Ende eine treffendere Auswahl der Krankenkasse. FOCUS-MONEY hat zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut in Köln (s. auch S. 11) für sieben beispielhafte Versichertenprofile die am besten passenden bundesweiten und regionalen Versicherungen ermittelt. Wer Wechselabsichten hegt, kann seiner aktuellen Kasse mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen, sofern er dort bereits seit 18 Monaten versichert ist. Vor Ablauf dieser Mindestversicherungszeit ist der Wechsel nur möglich, wenn die Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt (wie er am 1.1.2015 eingeführt wurde) oder diesen erhöht. Dann kann im Monat der Anhebung ebenfalls mit einer Frist von zwei Monaten gekündigt werden. Die Kasse muss vorab über die Einführung beziehungsweise Anhebung des Zusatzbeitrags informieren. Achtung: Für Versicherte in Wahlтарифen mit Krankengeldzahlung gilt eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren, die das Sonderkündigungsrecht aushebelt. In allen anderen Sondertarifen (z. B. Beitragsrückerstattung) kann das Sonderkündigungsrecht bei Anpassung des Zusatzbeitrags wahrgenommen werden, auch wenn die Vertragsbedingungen eine Mindestbindungszeit an die Kasse vorsehen. ■

BREITE PALETTE

Der Standard-Katalog der GKV ist umfangreich und wird laufend geprüft und angepasst

Wer entscheidet eigentlich, welche Leistungen die rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland für ihre Beiträge bekommen und wohin die mehr als 180 Milliarden Euro 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. Ferner steht hier, 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



Umfassend geschützt:

Die Krankenkasse kommt nicht nur für die Kosten verschriebener Arzneimittel auf. Sie zahlt zum Beispiel auch für Krankentransporte und Vorsorgeuntersuchungen



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 apothekenpflichtige 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 Nettogehalt 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 unabhängige Internet-Portal GesetzlicheKrankenkassen.de hat über ein Jahr lang erfasst, nach welchen Einzelleistungen aus dem Angebot gesetzlicher Kassen Interessenten bei der Recherche nach einer passenden Kasse am häufigsten gesucht haben. Die Tabelle zeigt die Spitzenreiter in acht übergeordneten Bereichen. Der größte Renner: Boni für Vorsorgeuntersuchungen.

Bereich	meistgesuchte Leistung*	Anzahl der Abfragen*
Bonusprogramme	Bonifizierung der jährlichen Zahnvorsorge	68 679
Wahltarife	Wahltarif mit Beitragsrückerstattung	50 965
Naturheilverfahren	Kostenübernahme für homöopathische Medizin	45 572
Zusatzleistungen	Angebot zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen	36 059
Gesundheitsförderung	Angebote zur individuellen Bewegung	33 176
Serviceleistungen	Versorgungsmanagement bei schweren Erkrankungen	29 845
Vorteilsprogramme	Vorteil bei Nutzung bestimmter Apotheken	24 296
bes. ambulante/Integr. Versorgung	Versorgungsverträge für Rückenerkrankungen	16 384

*in der Kassensuche auf www.gesetzlichekrankenkassen.de; Zeitraum 10/2011–10/2012

Quelle: gesetzlichekrankenkassen.de

So wurden die **Ranglisten erstellt**

Jedem der sieben Versichertenprofile auf den nachfolgenden Seiten sind Leistungen zugeordnet, die über das gesetzliche Maß hinausgehen beziehungsweise nicht im regulären Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und die für die jeweilige Zielgruppe einen Mehrwert darstellen. Anhand von Daten, die das unabhängige Portal www.gesetzlichekrankenassen.de regelmäßig von den Wettbewerbern mittels eines umfangreichen Fragebogens erfasst, ermittelte das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) aus Köln, welche Kassen die höchste Übereinstimmung mit dem jeweiligen Profil aufweisen. Die Top 15 der regional und bundesweit geöffneten Anbieter sind jeweils in Tabellen zu den einzelnen Profilen abgebildet. Die Punkte in den einzelnen Leistungsbereichen (die genauen abgefragten Kriterien sind bei jedem Profil aufgelistet) wurden wie folgt ermittelt:

WAHLTARIFE:

Je Wahltarif zwei Punkte; ein Zusatzpunkt, wenn bei Beitragsrückerstattung in Anspruch genommene ärztliche Leistungen ohne weitere Verordnung nicht angerechnet werden; beim Profil „Selbstständige“ zwei Zusatzpunkte für Kombinationsmöglichkeit von Krankengeldtarifen; beim Profil „Berufsanfänger“ maximal vier Punkte, wenn die Beitragsrückerstattungsprämie höher als 400 Euro innerhalb der ersten drei Jahre ist, drei Punkte, wenn sie mehr als 300 Euro beträgt, zwei Punkte für mehr als 200 Euro und einen Punkt, wenn die Summe unter 200 Euro liegt.

ZUSATZLEISTUNGEN:

Je Zusatzleistung im gesamten Versorgungsgebiet zwei Punkte und je ein Punkt bei regional begrenztem Angebot; bei der Hautkrebsvorsorge ein Zusatzpunkt, wenn der Einsatz eines Auflichtmikroskops inbegriffen ist; beim Profil „Familien“ zusätzlich zwei Punkte, wenn die künstliche Befruchtung zu 100 Prozent übernommen oder aber mindestens mit 1000 Euro je Versuch bezuschusst wird. Ist die Kostenübernahme je Zusatzleistung zusammen mit anderen Leistungen aus dem Bereich Zusatzleistungen durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl durch 1,2 geteilt; erstreckt sich die Kostendeckelung auch auf andere Leistungsbereiche der Kasse, wurde die Punktzahl durch 1,4 geteilt.

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSFÖRDERUNG:

Ein Punkt für das generelle Angebot. Werden zwei Kurse aus einem Handlungsfeld pro Jahr bezuschusst, gab es 0,5 Punkte extra; weitere 0,5 Punkte, wenn im jeweiligen Bereich auch ein zertifiziertes Online-Programm angeboten wird. Wurde auch die Höhe der Erstattung je Fremd- bzw. Eigenkurs betrachtet, gab es zwei Punkte, wenn der Prozentsatz, bis zu dem die Kosten für Fremd- bzw. Eigenkurse von der Kasse übernommen werden, bei 100 Prozent lag, 1,5 Punkte bei mind. 90 Prozent und einen Punkt bei mind.

80 Prozent; bei der Bewertung der absoluten Erstattungshöhe für Gesundheitskurse konnten für mindestens 250 Euro (ohne Begrenzung) zwei, für mindestens 150 Euro 1,5 und für mindestens 75 Euro ein Punkt(e) erzielt werden. Ist die Kostenübernahme je Handlungsfeld zusammen mit anderen Leistungen aus dem Bereich Individuelle Gesundheitsförderung durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl durch 1,2 geteilt. Erstreckt sich die Kostendeckelung auch auf andere Leistungsbereiche der Kasse, wurde die Punktzahl durch 1,4 geteilt.

BESONDERE AMBULANTE/INTEGRIERTE VERSORGUNG:

Je Indikation 0,5 Punkte bei Verfügbarkeit im gesamten Versorgungsgebiet sowie weitere 0,25 Punkte, wenn das Angebot in jedem Bundesland besteht, in dem die Kasse aktiv ist; 0,25 Punkte, wenn das Angebot nur regional begrenzt besteht

ALTERNATIVE MEDIZIN:

Zwei Punkte, wenn für ein Verfahren bei allen zugelassenen Leistungserbringern im Versorgungsgebiet gezahlt wird, ein Punkt bei Beschränkung auf ausgewählte Leistungserbringer im gesamten Versorgungsgebiet und 0,5 Punkte bei regionaler Beschränkung; beim Profil „Anhänger der Alternativmedizin“ zwei Zusatzpunkte, wenn für Osteopathie mindestens 400 Euro erstattet werden, und ein Punkt bei 300 Euro.

Ist die Kostenübernahme je Verfahren zusammen mit anderen Leistungen aus dem Bereich Alternative Medizin durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl durch 1,2 geteilt. Erstreckt sich die Kostendeckelung auch auf andere Leistungsbereiche der Kasse, wurde die Punktzahl durch 1,4 geteilt.

ZUSATZVERSICHERUNGEN:

Drei Punkte je Zusatzpolice über Kooperationspartner ohne Gesundheitsprüfung, zwei Punkte bei teilweiser Gesund-

heitsprüfung und ein Punkt, wenn immer eine Prüfung notwendig ist; ein zusätzlicher Punkt, wenn Zugang zu Zusatzschutz auch über einen Wahltarif der Kasse möglich ist.

VORTEILSPROGRAMME:

Zwei Punkte je Vorteilsprogramm.

BONUSPROGRAMME:

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

SERVICE:

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

AUSLANDSSCHUTZ:

Zwei Punkte, wenn für Reiseschutzimpfungen Impfstoff und -leistung voll gezahlt werden, ein Punkt bei Kostenübernahme zu mindestens 50 Prozent; zwei Punkte für Angebot einer kostenlosen Auslandsreisekrankenversicherung. Ist die Kostenübernahme mit anderen Leistungen aus dem Bereich Auslandsschutz durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl durch 1,2 geteilt. Erstreckt sich die Kostendeckelung auch auf andere Leistungsbereiche der Kasse, wurde die Punktzahl durch 1,4 geteilt.

ZAHNMEDIZIN:

Zwei Punkte für kostenlose professionelle Zahnreinigung für alle Versicherten, ein Punkt bei Kostenübernahme für Versicherte in bestimmten Versorgungsformen, zusätzlich 0,5 Punkte für die Möglichkeit, die PZR bei allen Zahnärzten durchzuführen; einen weiteren Punkt für einen Zuschuss zur professionelle Zahnreinigung für alle Versicherten, 0,5 Punkte für Versicherte in bestimmten Versorgungsformen; zusätzliche 0,25 Punkte für Zuschuss zur PZR bei allen Zahnärzten; je ein Punkt für über Pflichtleistung hinausgehende spezielle Zahnbehandlungen, zahnmedizinische Beratung und vergünstigten Zahnersatz; zwei Punkte für Zahnersatz zum Nulltarif (z. B. bei Regelversorgung und vollem Bonus durch Nachweis regelmäßiger Zahnvorsorge). Ist die Kostenübernahme mit anderen Leistungen aus dem Bereich Zahnmedizin durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl durch 1,2 geteilt; erstreckt sich die Kostendeckelung auch auf andere Leistungsbereiche der Kasse, wurde die Punktzahl durch 1,4 geteilt. ■

HINTERGRUND

Orientierung geben

Das Deutsche Finanz-Service Institut (DFS) in Köln sammelt als unabhängiger Datendienst marktrelevante Informationen zu Versicherungen, Banken, Bausparkassen und gesetzlichen Krankenkassen. „Für private Kunden, Verbraucher und institutionelle Marktteilnehmer werden entscheidungsrelevante Informationen wie 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 DFS von einem Fachbeirat

unterstützt, dessen Mitglieder jahrelange Erfahrungen im deutschen Rating-Markt und bei Finanzdienstleistern und Versicherungen gesammelt haben.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen hat sich das DFS auf die Fahnen geschrieben, Orientierung im Markt der sich immer stärker voneinander differenzierenden Anbieter zu geben. Unter anderem in einem jährlichen großen Kassentest in Zusammenarbeit mit dem unabhängigen Online-Dienst www.gesetzlichekrankenkassen.de und FOCUS-MONEY ermittelt das DFS, wo die Unterschiede liegen und welche Mehrleistungen offeriert werden. Mehr als 1000 Detaildaten zu jeder Krankenkasse werden dabei verarbeitet und bewertet.



DFS-Geschäftsführer
Thomas Lemke

FAMILY-BUSINESS

Wie gesetzliche Krankenkassen Eltern vor und nach der Geburt der Kinder zur Seite stehen

Gemeinsam Kinder haben – das ist für viele Paare fester Bestandteil der Lebensplanung. Leider bleibt vielen ein Kind auf natürlichem Weg verwehrt. In Deutschland ist fast jedes zehnte Paar zwischen 25 und 59 Jahren ungewollt ohne Nachwuchs, so die aktuelle Bilanz des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend.

Letzte Hoffnung für Betroffene ist die künstliche Befruchtung im Reagenzglas, im Fachjargon In-vitro-Fertilisation (IvF). Das erste Retortenbaby hierzulande, Oliver W., erblickte am 16. April 1982 in Erlangen das Licht der Welt. Heute kommt es zwischen Flensburg und Garmisch in einschlägigen Zentren zu rund 80 000 Befruchtungen in der Petrischale, darauf folgen gut 10 000 Geburten. Doch IvF bringt für Betroffene nicht nur erhebliche psychische Belastungen mit sich. Auch die Kosten sind immens. So punkten bei Eltern in spe gerade jene gesetzlichen Kassen, die für Frauen nicht nur den gesetzlich vorgesehenen Zuschuss über 50 Prozent der Kosten für drei IvF-Zyklen, sondern im Rahmen freiwilliger Satzungsleistungen die Behandlung sogar zu 100 Prozent tragen. Angesichts von Ausgaben um gut 3000 Euro eine starke Leistung. Doch Achtung: Laut Gesetz ist die Kostenübernahme lediglich bei verheirateten Paaren möglich, wobei die Frau zwischen 25 und 40 und der Mann

nicht älter als 50 Jahre sein darf. Bei Frauen über 40 Jahren müssen die behandelnden Mediziner neben den Erfolgsaussichten einer IvF attestieren, dass keine besonderen gesundheitlichen Risiken zu erwarten sind. Generell dürfen Kassen unverheirateten Paaren keine Zuschüsse zur künstlichen Befruchtung gewähren, so das Urteil des Bundessozialgerichts in Kassel. Der gesetzliche Anspruch sei von der Beschränkung auf Ehepaare geprägt.

In guten Händen. Den Nachwuchs begleiten die Kassen heute nahtlos von der Babyphase über das Teenageralter einschließlich des Übergangs zur Erwachsenenmedizin. Dreh- und Angelpunkt vor und nach der Geburt eines Kindes jedoch ist eine gute, stets erreichbare Hebamme. Hoch im Kurs stehen daher bei werdenden Eltern vor allem jene Kassen, die für Schwangere auch die Kosten für eine Rufbereitschaft rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen übernehmen, damit eine Hebamme bei Geburtsbeginn schnellstmöglich an ihrer Seite ist. Gut zu wissen: Anspruch auf Rufbereitschaft besteht bei Hausgeburten nebst Entbindungen im Geburts- und Krankenhaus, die von einer Beleghebamme begleitet werden. ■

Viele Freunde

haben Eltern und Kinder bei den Kassen. Diese unterstützen Familien mit Bonusgutschriften bis hin zur Kostenübernahme von Reise- und Schutzimpfungen



Top-Kassen für Familien

Top-Kassen	von max. 72,75 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 72,75 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 72,75 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		BKK VBU	51,71	AOK Hessen	58,25
DAK-Gesundheit	65,75	KKH Kaufmännische Krankenk.	51,00	AOK Rheinland/Hamburg	58,21
TK – Techniker Krankenkasse	61,50	IKK classic	49,43	AOK Sachsen-Anhalt	57,75
HEK – Hanseatische Krankenk.	61,25	BKK Gildemeister Seidensticker	49,25	IKK Südwest	57,52
Securita Krankenkasse	57,25	Barmer GEK	49,04	IKK Brandenburg und Berlin	55,50
Die Schwenninger Krankenkasse	56,75	REGIONAL GEÖFFNET		AOK Niedersachsen	55,25
Salus BKK	55,67	AOK Baden-Württemberg	65,33	BKK Wirtschaft & Finanzen	54,96
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	53,25	AOK Plus	62,50	AOK Nordost	54,57
energie-BKK	53,25	Bergische Krankenkasse	59,89	BKK Faber-Castell & Partner	52,75
actimonda krankenkasse	52,50	AOK Nordwest	58,46	mhplus Betriebskrankenkasse	52,36
hkk Krankenkasse	51,71			Brandenburg. BKK / BKK Scheuf.	52,25

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Besondere ambulante/integrierte Versorgung im Bereich: Frauenerkrankungen, Schwangerschaft und Geburt, Kindererkrankungen

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für: Haushaltshilfen, künstliche Befruchtung, Schutzimpfungen, Hebammenrufbereitschaftspauschale, Rooming-in bei Kindern, zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, zusätzliche Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Kostenübernahme für Geburtsvorbereitungskurs für den Partner, Erweiterte Jugenduntersuchungen, weitere Vorsorgeuntersuchungen

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms:

durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme in Programmen für Erwachsene/Kinder

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich: gesundheitssportliche Aktivitäten, Bewegungsprogramme, Vermeidung/Reduktion Übergewicht, Vermeidung Mangel-/Fehlernährung, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Fremdkursen/Eigenkursen

Leistungen für Auslandsreisen: Reiseschutzimpfungen, Auslandsreisekrankenversicherung

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Info-Hotline 24/7, Versorgungsmanagement, Arztterminvermittlung, Vorsorgeerinnerungsservice, Geschäftsstellennetz

Deutsche BKK
Für mich genau die Richtige

Ihr jährlicher Bonus

Geldprämie und Sicherheit für die ganze Familie

- Für Erwachsene: mit nur 4 Bonusmaßnahmen sofort 40 € Geldprämie oder bis zu 100 € Zuschuss zu einer privaten Krankenzusatzversicherung
- Für Kinder bis 15 Jahren: mit nur 3 Bonusmaßnahmen sofort 25 € Geldprämie



Scannen und Mitglied werden!

Gütesiegel: FOCUS-MONEY 49/2014



EIN-STATT ABTAUCHEN

Wie Kassen Sportler auf Trab halten und bei Unfällen schnell wieder auf die Beine bringen



Die Deutschen sind Sitzenbleiber“, erklärt Professor Ingo Froböse vom Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln. Recht hat er: Mehr als sieben Stunden pro Tag verbringen die Bundesbürger im Schnitt sitzend – zu Hause vor dem Fernseher, im Büro am Schreibtisch oder im Auto. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle DKV-Report 2015 „Wie gesund lebt Deutschland“. Für den Organismus eine fatale Entwicklung, denn: „Stundenlanges Sitzen birgt große Gesundheitsrisiken“, warnt Fachmann Froböse. Dazu gehören neben der Rückbildung der Muskeln die Schwächung von Herz und Kreislauf sowie des Autoimmunsystems. Rheuma und Arthrose sind typische Folgeerkrankungen. Außerdem werde Stress begünstigt, so Froböse. Für Sportbegeisterte alles kein Thema. Mit regelmäßiger körperlicher Bewegung kräftigen diese nämlich ihr Immunsystem und halbieren das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Doch gefeit vor Verletzungen sind auch Fitness-Freaks nicht: Um nach Sportunfällen möglichst schnell wieder auf die Beine zu kommen, setzen Sportler gezielt auf solche Krankenkassen, die im Rahmen der sogenannten integrierten Versorgung Versicherte etwa bei Verletzungen von Knie, Schulter, Hüfte oder Sprunggelenk wie Spitzensportler therapieren lassen. Dazu kooperieren die Krankenkassen in aller Regel lokal mit speziellen Sportkliniken, bei denen Orthopäden, Unfallchirurgen und Physiotherapeuten Hand in Hand arbeiten. Meist warten die Patienten nur sehr kurz auf einen OP-Termin und werden meist binnen zwei Tagen wieder nach Hause entlassen, was nachweislich den Heilungsprozess beschleunigt.

Und wer nach längerer Auszeit seinen Körper wieder fit machen will, präferiert natürlich Kassen, die regelmäßige sportmedizinische Untersuchungen, am besten inklusive Laktat-Leistungsdiagnostik, bezuschussen. Mit den Check-ups lassen sich Vorerkrankungen erkennen und damit verbundenen Risiken vorbeugen, so das Urteil der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Gut zu wissen: Die Kosten eines sportmedizinischen Checks tragen viele Kassen nur unter der Prämisse, dass der jeweils behandelnde Arzt ausgewiesener Sportmediziner ist!

Clever für Chroniker. Doch Sport ist nicht nur ein Lebenselixier für Fitness-Freaks. Bewegung hilft auch chronisch kranken Menschen. Das untermauert eine Langzeitstudie mit Diabetikern und Herz-Kreislauf-Kranken des Zentrums für Prävention und Sportmedizin der Technischen Universität München. Das sechsmonatige Training steigerte nicht nur die Leistungsfähigkeit der Teilnehmer und verbesserte deren Cholesterin- und Langzeitblutzuckerwerte. Nein. Diabetiker benötigten auf Grund der gesteigerten körperlichen Aktivität etwa 48 Prozent weniger Insulin. Kein Wunder, dass Diabetiker und Herz-Kreislauf-Kranke bei der Wahl einer Kasse solche bevorzugen, die im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung Zuschüsse zu Bewegungsprogrammen bewilligen.

Ein Augenmerk haben Sportler auch auf die Bonusprogramme. Um Gesundheitsbewusste zu binden, schreiben Kassen nämlich etwa für tadellose Cholesterinwerte, Körpergewicht im Normbereich oder Mitgliedschaft im Fitness-Club Punkte gut, die Versicherte im Gegenzug gegen Bargeld oder Sachleistungen eintauschen können. ■

Top-Kassen für Sportler

Top-Kassen	von max. 55,25 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 55,25 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 55,25 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		Betriebskrankenkasse Mobil Oil	36,75	mhplus Betriebskrankenkasse	39,93
Securvita Krankenkasse	48,50	BKK family	36,50	BKK VDN	38,50
TK – Techniker Krankenkasse	48,25	BIG direkt gesund	36,50	BKK Wirtschaft & Finanzen	38,45
HEK – Hanseatische Krankenk.	47,25	SBK	36,25	AOK Nordwest	38,29
DAK-Gesundheit	43,75	Audi BKK	36,21	AOK Rheinland/Hamburg	37,40
actimonda krankenkasse	42,00			AOK Sachsen-Anhalt	35,75
BKK Gildemeister Seidensticker	40,00	REGIONAL GEÖFFNET		Brandenburgische BKK	35,61
BKK VBU	37,29	IKK Brandenburg und Berlin	43,42	AOK Nordost	35,32
Die Schwenninger Krankenkasse	37,25	AOK PLUS	42,25	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	34,57
energie-BKK	37,00	IKK Südwest	41,75	BKK DürkoppAdler	33,50
Novitas BKK	36,87	AOK Baden-Württemberg	41,25	Bergische Krankenkasse	33,21

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Wahltarife: Selbstbehalttarif, Beitragsrückerstattung, Tarife für variable Kostenerstattung

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms

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

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende

Leistungen für: Vorsorgeuntersuchungen, spezielle Medikamente, Sportmedizinische Untersuchung

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für:

Traditionelle Chinesische Medizin, homöopathische Medizin, Reflexzonenmassage, Shiatsu
Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich: Orthopädie

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im

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

Serviceleistungen: Online-Filiale, Reha-Beratung, Krankenhaussuchportal

Schließen auch Sie sich an!

Werden Sie Teil dieser starken Gemeinschaft.

STARKER SCHUTZ

Wie Kassen Berufseinsteiger im Job und auf Reisen gesund und fit halten

Steifer Nacken, verspannte Schultern und stechende Schmerzen im Lendenwirbelbereich. Dies alles sind typische Symptome von Deutschlands Berufskrankheit Nummer eins: den Rückenschmerzen. Malaisen des Muskel-Skelett-Systems waren 2014 in erster Linie verantwortlich für Krankmeldungen im Job. Das zumindest attestiert die Bilanz des aktuellen DAK-Gesundheitsreports 2015. Die Ursachen für Rückenschmerzen bei Betroffenen sind meist gleich: „Zu wenig Bewegung, untrainierte Muskeln und Stress“, bilanziert Professor Ingo Froböse vom Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln. Nur: Rückenprobleme am Arbeitsplatz sind kein Phänomen altgedienter Arbeitnehmer. Sie manifestieren sich bereits bei Berufsanfängern. Allen voran bei jenen mit Hochschulabschluss. Kein Wunder, ist doch der Alltag der Studierenden hierzulande geprägt von evident chronischer Bewegungsarmut. „Für den Rücken ist das Dauersitzen eine ziemliche Belastung“, erklärt Fachmann Froböse. Doch regelmäßige Sitzmarathone am Schreibtisch sind nicht nur kausal für Rückenschmerzen. Sie bergen auch ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes. Das haben schwedische Forscher um Elin Ekblom-Bak vom Karolinska-Institut in Stockholm bereits vor fünf Jahren in einer Studie belegen können. Mediziner raten daher allen sitzend arbeitenden Menschen zu möglichst viel und regelmäßiger Bewegung. So wundert es nicht, dass Berufseinsteiger bei der Wahl ihrer Krankenkasse nach solchen Ausschau halten, welche im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung neben ausgefeilten Bewegungsprogrammen auch Kurse zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Rückengesundheit pekuniär unterstützen.

Rückhalt auf Reisen. Das Salär von Young Professionals ist meist so hoch bemessen, dass sie sich Trips auch zu fernen Zielen leisten können. Ohnehin sind junge Erwachsene äußerst reisefreudig: Mehr als die Hälfte der 20- bis 29-Jährigen machen regelmäßig Urlaub, belegt eine Erhebung von Statista. Je exotischer die Destination, desto wichtiger aber ist auch adäquater Impfschutz. Daher sehen es Berufsanfänger als dickes Plus an, wenn ihre gesetzliche Krankenkasse auf privaten Auslandstrips bis zu 100 Prozent der Kosten für Impfstoff und Arzthonorar ab-

züglich der gesetzlichen Zuzahlung übernimmt. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut für das jeweilige Reiseziel in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes besondere Impfungen empfiehlt. Nicht zu vergessen: Einige Krankenkassen bieten Versicherten sogar im Rahmen des Standardtarifs eine private Auslandsreisekrankenversicherung mit weltweitem Schutz an. ■



Nicht nur am Bau

sind Berufsanfänger immer häufiger Opfer von Rückenschmerzen. Dem wirken eine von der gesetzlichen Kasse bezuschusste „Rückenschule“ und Bewegungstherapien entgegen

Top-Kassen für Berufseinsteiger

Top-Kassen	von max. 72,50 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 72,50 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		REGIONAL GEÖFFNET	
HEK – Hanseatische Krankenk.	62,75	AOK Baden-Württemberg	55,42
DAK-Gesundheit	61,96	BKK Wirtschaft & Finanzen	54,21
Die Schwenninger Krankenkasse	61,64	IKK Südwest	53,45
SECURVITA Krankenkasse	59,25	BKK Faber-Castell & Partner	52,00
TK – Techniker Krankenkasse	57,57	AOK Sachsen-Anhalt	51,75
energie-BKK	55,50	AOK Plus	51,00
actimonda krankenkasse	52,75	BKK VDN	50,75
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	51,00	BKK Scheufelen	50,50
KKH Kaufmännische Krankenk.	50,00	mhplus Betriebskrankenkasse	50,00
Salus BKK	49,67	IKK Brandenburg und Berlin	47,50
BKK Gildemeister Seidensticker	49,25	Brandenburgische BKK	46,86
IKK gesund plus	48,00	BKK Demag Krauss-Maffei	46,75
Barmer GEK	47,64	BKK ZF & Partner	46,50
BIG direkt gesund	46,93	AOK Rheinland/Hamburg	46,21
Audi BKK	45,86	Bosch BKK /SKD BKK	46,00

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Besondere ambulante/integrierte Versorgung im Bereich: ambulante OPs, Ernährungskrankheiten, online-gestützte Behandlung, Suchterkrankungen

Wahltarife mit finanziellem Vorteil: Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für 12000 EUR brutto Monatslohn, in Anspruch genommene ärztliche Leistungen ohne Verordnungsfolge gefährden nicht die Rückerstattung

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für die Teilnahme an: qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, jährlicher Zahnvorsorge, professioneller Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/vollständiger Impfstatus, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport (z. B. Wander-, Schwimm- oder Sportabzeichen), Bonushöhe und durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme

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

Leistungen für Auslandsreisen: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen, kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung

Leistungen im Zahnbereich für: kostenlose professionelle Zahnreinigung, Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung

Serviceleistungen: Online-Filiale, Reha-Beratung, Vorsorgeerinnerungsservice, Arzt-Suchportal



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

www.hek.de

HEK-Team Direkt: 0800 0213213 (kostenfrei)

NATÜRLICH **SANFT HEILEN**

Welche Leistungen Krankenkassen heute in puncto Naturmedizin zu bieten haben

Immer mehr Deutsche setzen auf homöopathische Präparate. Schworen im Jahr 1970 hierzulande gerade einmal 24 Prozent der Bevölkerung auf Homöopathika, ist deren Nutzerkreis innerhalb der Bevölkerung mittlerweile auf 60 Prozent angewachsen. Das ist die Bilanz einer aktuellen Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach. So wundert es gar nicht, dass Homöopathika inzwischen merklich zum Umsatz rezeptfreier Arzneimittel in Apotheken beitragen: 2013 entfielen Zahlen des Bundesverbands der Arzneimittelhersteller zufolge rund acht Prozent auf jene Präparategruppe. Umsatz: 482 Millionen Euro. Ursächlich für den Erfolg homöopathischer Mittel sind deren gute Verträglichkeit, geringe Nebenwirkungen und die Eignung für Kinder. Viele Deutsche, allen voran Frauen, sehen in der Homöopathie als Teil der Alternativmedizin eine sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin.

Vorliebe für Globuli. Eine Ansicht, die heute auch das Gros der Krankenkassen teilt. So tragen rund 70 Prozent der Kassen für ihre Versichertengemeinde die Kosten für Erstanamnese, die Auswahl homöopathischer Medikamente und Folgeanamnese samt Beratung bei einem niedergelassenen, qualifizierten Arzt. Noch gefragter aber sind bei Verfechtern der auf den deutschen Mediziner Samuel Hahnemann zurückgehenden Homöopathie jene gesetzlichen Kassen, welche Aufwendungen etwa für Globuli bis zu einer bestimmten Höchstsumme übernehmen. Voraussetzung für die Kostenerstattung ist meist, dass ein Arzt mit Homöopathie-Diplom ein Privatrezept ausstellt. Versicherte zahlen dann das Medikament zunächst in der Apotheke und reichen die Verordnung zusammen mit der Apothekenquittung anschließend bei ihrer Kasse ein.

Hoch im Kurs bei den Verfechtern der Alternativmedizin steht neben der Homöopathie auch die Osteopathie. Osteopathen, etwa Ärzte mit Zusatzausbildung, lokalisieren dabei Funktionsstörungen am Bewegungsapparat des

Patienten und beseitigen diese mit speziellen Grifftechniken. Besonders beliebt bei Fans der Osteopathie sind vor allem solche Kassen, die therapeutische Sitzungen jährlich mit einer Summe bis zu 600 Euro bezuschussen.

Einer ganzheitlichen Denkweise, die Körper und Geist miteinander in Einklang bringt, zugewandt, haben Anhänger der Alternativmedizin auch Interesse daran, dass ihre Kasse ihnen im Rahmen individueller Gesundheitsförderung etwa für Kurse wie Tai-Chi, autogenes Training oder Yoga Zuschüsse leistet. Was auch im Interesse der Kassen ist, belegen doch wissenschaftliche Studien, dass etwa Hatha-Yoga bei Rückenschmerz, Karpaltunnelsyndrom und Stress äußerst heilsam ist. ■

Auf Naturmedizin

wie Homöopathie schwören in Deutschland vor allem Frauen



Top-Kassen für Anhänger der Alternativmedizin

Top-Kassen	von max. 69,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 69,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 69,00 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		IKK gesund plus	33,33	AOK Nordwest	41,14
HEK – Hanseatische Krankenk.	57,00	BKK family	33,00	BKK Wirtschaft & Finanzen	41,14
Securvita Krankenkasse	57,00	BIG direkt gesund	33,00	BKK VDN	40,00
TK – Techniker Krankenkasse	49,00	BKK vor Ort	32,14	mhplus Betriebskrankenkasse	39,00
DAK-Gesundheit	48,43	Barmer GEK	32,07	Brandenburgische BKK	38,29
SBK	46,00			AOK Plus	37,00
actimonda krankenkasse	41,00	REGIONAL GEÖFFNET		AOK Niedersachsen	35,14
BKK Gildemeister Seidensticker	38,00	Bergische Krankenkasse	61,86	BKK Demag Krauss-Maffei	34,50
BKK VBU	37,64	IKK Brandenburg und Berlin	54,67	AOK Sachsen-Anhalt	33,00
energie-BKK	37,00	IKK Südwest	50,05	AOK Bayern	32,43
KKH Kaufmännische Krankenk.	35,00	AOK Baden-Württemberg	46,00	Vaillant BKK	31,71

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für: alternative Krebstherapie, anthroposophische Medizin, Ayurveda, Chelattherapie, Eigenbluttherapie, Feldenkrais, homöopathische Medizin, Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie inkl. Erstattungshöhe p.a., Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Wahltarife mit ergänzender Leistung: Tarife für die Übernahme der Kosten für spezielle Arzneimittel

Vorteilsprogramme bei: Nutzung bestimmter Apotheken

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich: Reduzierung von Bewegungsmangel durch ge-

sundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für: Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern

Private Zusatzversicherungen über Kooperationspartner für: Absicherung der Kosten für alternative Heilmethoden nach dem vollständigen Hufeland-Verzeichnis, Absicherung der Kosten von Heilpraktikerleistungen

Ich will ein Kind von Dir.



Bis zu 190 Euro Babybonus sowie 250 Euro für die Hebammen-Rufbereitschaft und weitere Vorteile mit unserem Familienprogramm.

meine-krankenkasse.de

kostenfreies 24-h-Servicetelefon: 0800 165 66 16 | info@bkk-vbu.de | 31 Standorte bundesweit

Top-Kassen für Anspruchsvolle

Top-Kassen	von max. 116,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 116,00 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		REGIONAL GEÖFFNET	
HEK – Hanseatische Krankenk.	109,00	IKK Südwest	102,31
TK – Techniker Krankenkasse	103,50	AOK Baden-Württemberg	96,83
Securvita Krankenkasse	100,50	AOK Plus	95,75
SBK	94,00	AOK Nordwest	94,21
DAK-Gesundheit	92,89	mhplus Betriebskrankenkasse	91,79
KKH Kaufmännische Krankenk.	89,50	IKK Brandenburg und Berlin	90,33
actimonda krankenkasse	89,25	BKK Wirtschaft & Finanzen	88,96
BKK Gildemeister Seidensticker	88,75	AOK Sachsen-Anhalt	88,50
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	87,75	AOK Rheinland/Hamburg	87,21
Die Schwenninger Krankenkasse	86,46	AOK Niedersachsen	86,93
BKK VBU	85,89	BKK VDN	86,00
BKK family	83,96	Bergische Krankenkasse	85,61
energie-BKK	83,50	AOK Nordost	84,64
Barmer GEK	83,39	Brandenburgische BKK	83,21
BKK vor Ort	82,96	BKK HMR	81,30

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DfSI



RUNDUM **VERSORGT**

Patient zweiter Klasse? Von wegen. Auch in der GKV finden sich umfangreiche Extras

Wer Selbstständiger oder Freiberufler ist oder als Angestellter mehr als 4575 Euro brutto im Monat verdient (der Betrag markiert 2015 die Versicherungspflichtgrenze), hat bei der Krankenversicherung die Wahl: gesetzlich oder privat? Während bei privaten Policen der Versicherungsumfang vom gewählten Tarif abhängig ist, gilt für alle Kassenmitglieder der gleiche Katalog. Der sieht auch Leistungen vor, die es bei privaten Krankenversicherungen nicht gibt wie etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, die nicht erwerbstätig sind, oder das Mutterschaftsgeld. Dafür kann der Gesetzgeber den Katalog allerdings auch verändern, während die Leistungen privater Policen dauerhaft verbindlich vereinbart sind.

Sorgen um eine deutliche Schlechterstellung gegenüber Privatpatienten müssen sich Kassenpatienten aber nicht machen. Nicht nur, dass der gesetzliche Katalog deutlich umfangreicher ist als viele private Tarife. Die Kassen haben reichlich Freiheiten, über den allgemeinen Katalog hinaus erweiterte und zusätzliche Leistun-

gen in ihren Satzungen zu verankern. Das reicht von zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen über Reiseschutzimpfungen bis zur Kostenübernahme für alternative Heil- und Behandlungsmethoden oder für professionelle Zahnreinigung. Wer dennoch auf einen – zumindest annähernden – Privatpatientenstatus Wert legt, kann sich diesen auch in der GKV sichern: über einen Wahltarif mit Kostenerstattung. Die Abrechnung erfolgt dann nicht über die Versichertenkarte, sondern privat. Die Rechnung kann dann anschließend bei der Kasse eingereicht werden. Diese erstattet je nach Tarifausgestaltung die kassenüblichen Beträge für ambulante ärztliche, zahnärztliche und/oder stationäre Leistungen oder sogar über den normalen Kassensatz hinausgehende Beträge (z.B. höhere Arzthonorare). Bei letzterer Variante muss der Versicherte für die Mehrleistung allerdings auch eine in der Regel vom Alter abhängige regelmäßige Prämie für den Wahltarif zahlen. Eine Gesundheitsprüfung wie bei privaten Policen gibt es für den Wahltarif vorab aber nicht. ■

KRITERIEN:

Wahltarife: Tarife für variable Kostenerstattung gem. § 53 Abs. 4 SGB V (5. Sozialgesetzbuch)

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für: Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen gem. § 20 SGB V, Teilnahme am Gesundheits-Check-up (alle 2 Jahre für Versicherte ab Alter 35 Jahre) gem. § 25 Abs. 1 SGB V, Teilnahme an Krebsvorsorge (Frauen ab einem Alter von 20 Jahren, Männer ab einem Alter von 45 Jahren) gem. § 25 Abs. 2 SGB V, Teilnahme an Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, Wahrnehmung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U11, J1, J2, jährliche Zahnvorsorge gem. § 55 I SGB V, professionelle Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/Nachweis vollständiger Impfstatus, Einhaltung aller gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Einhaltung von Normalgewicht (BMI im Normalbereich), Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport (z. B. Wander-, Schwimm- oder Sportabzeichen)

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

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für: alternative Krebstherapie, anthroposophische Medizin, Ayurveda, Chelattherapie, Eigenbluttherapie, Feldenkrais, homöopathische Medizin, Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie, Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

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

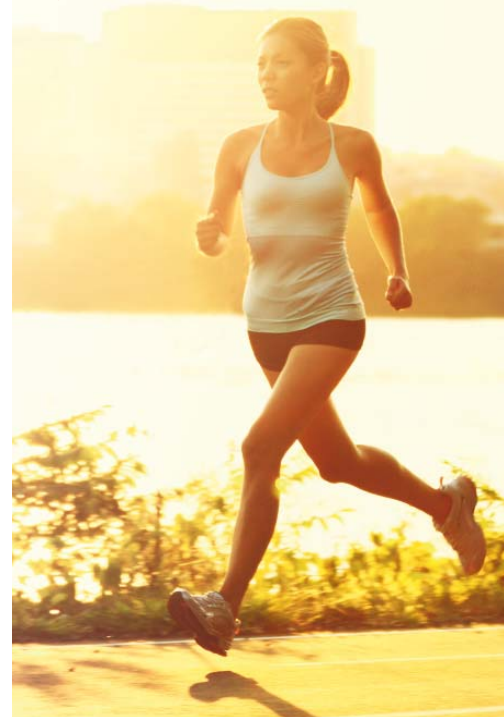
Leistungen für Auslandsreisen: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen (Impfstoff und Impfleistung)

Leistungen im Zahnbereich für: kostenlose professionelle Zahnreinigung, erweiterte zahnärztliche Behandlung, Beratungsservice mit fachlich ausgebildetem Personal

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Online-Filiale, Versorgungsmanagement, Reha-Beratung, ärztliche Zweitmeinung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, fremdsprachiger Service

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich: Praxisnetze (Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen in der wohnortnahen ambulanten Versorgung), regionale Vollversorgung

1.000-EURO-SPORTLER-VORTEIL



Aktiv werden.
Durchstarten.
Ziele erreichen.

Wie holen Sie sich
die 1.000,00 Euro?

Mit der Krankenkasse der neuen Generation profitieren Sie gleich doppelt von einem sportlichen Lebensstil: Sie unterstützen Ihre Gesundheit – und wir Ihre sportlichen Aktivitäten. Der Sportler-Vorteil als Kombination verschiedener Zusatzleistungen wie Bonus, Prämie und Sportzuschuss ist nur einer von vielen Gründen, warum sich ein Wechsel zur BKK Mobil Oil für Sie auszahlt.

Kostenlose Service-Hotline
0800 255 0800

24 Stunden am Tag/365 Tage im Jahr

www.bkk-mobil-oil.de/sportler-vorteil

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

GRAU UND AGIL

Wenn die Gesundheit im Alter streikt, sind passgenaue Behandlungen gefragt

Seit mehr als 160 Jahren nimmt in Europa die Lebenserwartung der Menschen zu. Besonders stark stieg sie im 20. Jahrhundert, vor allem durch den Rückgang der Säuglingssterblichkeit. In den meisten Industriestaaten ist diese mittlerweile so niedrig, dass sie kaum noch sinken kann. Gleichzeitig hat sich aber auch die sogenannte fernere Lebenserwartung etwa ab dem Alter von 60 Jahren erhöht. In ausgewählten Industriestaaten (vornehmlich OECD-Staaten) lebten 65-jährige Männer 1960 im Schnitt noch elf bis 14 Jahre. Fünf Jahrzehnte später sind es überwiegend 16 bis 17 Jahre. Mit der Lebenserwartung stieg vielfach auch die Zahl der gesunden Jahre. In Deutschland hat die sogenannte behinderungsfreie Lebenserwartung sogar stärker zugelegt als die reine Lebenserwartung nach Jahren. Immer mehr Senioren können ihren Ruhestand also auch aktiv genießen.

Wenn's dann doch mal zwicket, ist eine Krankenkasse gefragt, die besondere Angebote für die ältere Klientel bereithält. Neben einer gut erreichbaren Service-Hotline und einer Hotline für medizinische Fragen sind das zum Beispiel Verträge zur besonderen ambulanten und integrierten Versorgung in Bereichen, die vor allem ältere Menschen betreffen wie Augen-, Herz-Kreislauf- oder neurologische Erkrankungen. Dahinter steckt eine patientenorientierte und fachübergreifende medizinische Versorgung durch die enge Kooperation unterschiedlicher Vertragspartner (z.B. Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen). Die Patientinnen sind dabei in eine organisierte Behandlungskette eingebunden, die ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach den richtigen Spezialisten abnimmt. Teure Doppel- und Mehrfachuntersuchungen sowie unnötige Belastungen können so vermieden, Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt werden. Die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind bestens koordiniert. Lange Wartezeiten entfallen. Zudem erfolgt die Behandlung nach definierten Behandlungspfaden und auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens. Durch standardisierte Nachuntersuchungen nach Abschluss einer stationären und Reha-Behandlung können Folgeerkrankungen vermieden oder eingeschränkt werden. Die Einschreibung in einen IV-Vertrag (integrierte Versorgung) ist für Versicherte stets freiwillig. ■

Fit im Alter: Die Bundesbürger bleiben länger gesund und können den Ruhestand genießen



Top-Kassen für aktive Ältere

Top-Kassen	von max. 49,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 49,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 49,00 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		Betriebskrankenkasse Mobil Oil	32,75	mhplus Betriebskrankenkasse	34,75
TK – Techniker Krankenkasse	46,50	BKK VBU	32,25	AOK Niedersachsen	34,50
HEK – Hanseatische Krankenk.	43,50	Deutsche BKK	30,75	Bergische Krankenkasse	33,68
Barmer GEK	41,75	hkk Krankenkasse, R+V BKK, BKK Gildemeister Seidensticker	30,50	AOK Nordost	33,50
Securita Krankenkasse	41,75			IKK Südwest	33,50
KKH Kaufmännische Krankenk.	38,50			AOK Sachsen-Anhalt	33,25
DAK-Gesundheit	38,00	REGIONAL GEÖFFNET		BKK Wirtschaft & Finanzen	33,00
energie-BKK	33,75	AOK Plus	41,00	BKK Demag Krauss-Maffei	32,00
Die Schwenninger Krankenkasse	33,50	AOK Baden-Württemberg	38,00	AOK Bayern	31,68
BKK Pfalz	33,00	AOK Bremen/Bremerhaven	36,00	AOK Rheinland/Hamburg	31,67
actimonda krankenkasse	32,75	BKK VDN	35,25	Brandenburgische BKK	30,75

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich:

Altersmedizin (Geriatric), Augenerkrankungen (z. B. Makuladegeneration), Herz-Kreislauf-System (z. B. Herzinsuffizienz), Krebserkrankungen/Onkologie, neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson), Rheuma, Schmerztherapie (z. B. bei Migräne), Osteoporose, Palliativmedizin

Serviceleistungen:

Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Versorgungsmanagement, ärztliche Zweitmeinung, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice

Vorteilsprogramme bei:

Nutzung bestimmter Apotheken, Nutzung bestimmter Generika, Nutzung bestimmter Hilfsmittel

Leistungen im Zahnbereich für:

kostenlose professionelle Zahnreinigung, Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für:

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

Belohnung.

Gesund leben zahlt sich jetzt richtig aus – mit dem Fitcash-Bonusprogramm.

Alles dazu unter www.mhplus.de

Bis zu
200 €
pro Jahr

mhplus

Krankenkasse.

MEHR FÜRS GELD

So können Selbstständige Beiträge sparen und damit Zusatzschutz finanzieren

Als Selbstständiger gesetzlich versichert? Muss man das nicht eine private Krankenversicherung abschließen? Nein, Unternehmer können freiwilliges Mitglied in der GKV werden. Zu den gleichen fairen Bedingungen wie Angestellte, sprich ihr Beitrag orientiert sich am Einkommen. Maximal werden dazu Beträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 4125 Euro im Monat herangezogen, mindestens jedoch – anders als bei Angestellten – 2126,15 Euro (bei Existenzgründern mit Leistungen der Agentur für Arbeit 1417,50 Euro). Der Beitragssatz beläuft sich auf 14,0 Prozent ohne und 14,6 Prozent mit Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags. Einen Arbeitgeber, der die Hälfte des regulären Beitrags zahlt, gibt es für Selbstständige allerdings nicht. Umso mehr gilt die Devise, eine Kasse zu wählen, bei der es für die Beiträge ein Maximum an Leistung gibt. Besser noch: Es lassen sich sogar Beiträge sparen. Schließlich haben Selbstständige, vor allem wenn sie sich in der Gründungsphase befinden, nichts zu verschenken.

Eine Möglichkeit: die Einschreibung in einen Wahltarif mit Selbstbehalt. Dabei erklärt sich das Mitglied bereit, Kosten für medizinische Behandlungen und Arzneimittel bis zu einem bestimmten Betrag im Jahr selbst zu zahlen, wobei Standardvorsorgetermine wie etwa der jährliche Vorsorgetermin beim Zahnarzt oder das Hautkrebs-Screening nicht angerechnet werden. Im Gegenzug gibt es dafür eine Prämie. Abhängig vom Einkommen sind bis

zu 600 Euro drin. Der Selbstbehalt liegt in der Regel allerdings oberhalb des Prämienbetrags. Im Zweifel kann der Deal also negativ ausgehen. Risikolos ist dagegen die Teilnahme an einem Bonusprogramm. Dabei belohnt die Kasse gesundheitsbewusstes Verhalten wie etwa die Teilnahme an Gesundheitskursen, die Mitgliedschaft im Sportverein oder Besuche beim Arzt zu Früherkennung und Vorsorge mit Sach- oder Geldprämien. Auch hier sind mitunter mehrere 100 Euro drin.

Mit den Prämienzahlungen können Selbstständige dann zum Beispiel einen zusätzlichen Wahltarif für Krankengeld abschließen, der ihnen Einkommen bei längeren krankheitsbedingten Arbeitsausfällen sichert. Hier gibt es je nach Kasse mehrere Optionen. So kann ein Krankengeld vereinbart werden, das vor dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit fließt – oder nur bei Krankenhausaufenthalt. Oder damit lässt sich Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze absichern. Es sind auch Kombinationen möglich. Eine Gesundheitsprüfung gibt es vor Vertragsabschluss bei Wahlтарifen nicht. ■

Zimmermann:

Selbstständige können ihre Versicherung mit und ohne Krankengeldanspruch flexibel zusammenstellen



Top-Kassen für Selbstständige

Top-Kassen	von max. 87,00 Pkt. erreicht	Top-Kassen	von max. 87,00 Pkt. erreicht
BUNDESWEIT GEÖFFNET		REGIONAL GEÖFFNET	
TK – Techniker Krankenkasse	76,71	AOK Baden-Württemberg	67,92
HEK – Hanseatische Krankenk.	75,75	IKK Südwest	64,46
DAK-Gesundheit	71,00	AOK PLUS	59,00
Securita Krankenkasse	71,00	AOK Nordwest	58,54
actimonda krankenkasse	59,00	mhplus Betriebskrankenkasse	58,25
KKH Kaufmännische Krankenk.	58,75	AOK Rheinland/Hamburg	56,92
SBK	58,50	IKK Brandenburg und Berlin	56,83
BKK Gildemeister Seidensticker	55,25	BKK VDN	56,25
energie-BKK	54,75	AOK Niedersachsen	55,18
Barmer GEK	54,57	AOK Nordost	54,64
Die Schwenninger Krankenkasse	54,43	AOK Sachsen-Anhalt	53,25
BKK family	52,25	BKK Scheufelen	53,00
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	51,25	Brandenburgische BKK	52,96
Deutsche BKK	51,14	Bergische Krankenkasse	52,00
BKK VBU	49,79	AOK Bayern	50,57

jeweils Top 15 der bundesweiten und regionalen Kassen

Quelle: DFSI

KRITERIEN:

Wahltarife: Selbstbehalttarif, Tarife für variable Kostenerstattung, Krankengeld für Selbstständige, Kombination von Wahlтарifen mit Krankengeld für Selbstständige, Krankengeld für Selbstständige, das nur bei Klinikaufenthalt gezahlt wird
Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für: Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Teilnahme am Gesundheits-Check-up, Teilnahme an Krebsvorsorge, Teilnahme an Vorsorgeleistungen zur Verhütung und Früherkennung von Hautkrebs, jährliche Zahnvorsorge, professionelle Zahnreinigung (selbst bezahlt vom Versicherten), Einhaltung aller Schutzimpfungen/vollständiger Impfstatus, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, weitere Bonusprogramme

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für:

Vorsorgeuntersuchungen, freie Krankenhauswahl

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich

für: Ayurveda, homöopathische Medizin, Reflexzonenmassage, Shiatsu

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Leistungen im Zahnbereich für: kostenlose professionelle Zahnreinigung

Leistungen für Auslandsreisen: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, fremdsprachiger Service

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich: ambulante Operationen, online-gestützte Behandlung, psychische Erkrankungen, Schlafstörungen, Suchterkrankungen, Rückenenerkrankungen, Migräne

Mit Sicherheit gesünder leben



Gesundheit gestalten

Jeder Mensch ist etwas Besonderes. Ganz klar. Unsere Leistungen auch.

Mehr Infos zur Krankenkasse unter **www.Die-Schwenninger.de** oder beim

Service-Team 0800 3755 3755 5
(kostenfrei für Mobilfunk/Festnetz)

Die Schwenninger
Krankenkasse

MEISTER ALLER KLASSEN

Auch wenn es in der gesetzlichen Krankenversicherung Millionen von sogenannten Pflichtversicherten gibt (jeder Arbeitnehmer, der nicht 54900 Euro oder mehr im Jahr verdient, kann sich nur in der GKV versichern), heißt das nicht, dass sich die Kassen nicht aktiv um die Gewinnung neuer Mitglieder bemühen müssen. Zielgruppen ausmachen, mit den geeigneten Mitteln anzusprechen und mit Leistungen zu versorgen ist denn auch ihr täglich Brot neben der Leistungsabwicklung für Bestandskunden in den Verwaltungen der Kassen. Wer spricht die im vorliegenden Heft definierten Versichertentypen am treffsichersten an und hat die besten Pakete für sie geschnürt?

Die Tabellen rechts zeigen das Ergebnis für die aktuelle Auswertung des Jahres 2015. In den Ranglisten für die einzelnen Kundengruppen wurden dabei 15 Punkte für den Erstplatzierten, 14 für den Zweitplatzierten, 13 für den Drittplatzierten und so weiter vergeben. Die Addition über alle sieben Versichertentypen hinweg ergibt dann das Gesamtergebnis. Die Punkte wurden dabei getrennt nach bundesweiten und regionalen Kassen vergeben.

Top bundesweite Kassen für spezielle Kundengruppen 2015¹⁾

Kasse	Punkte gesamt	Familie	Berufs- anfänger	Sportler	aktive Ältere	Anspruchs- volle	Selbst- ständige	Alternativ- medizin- Anhänger
HEK – Hanseatische Krankenkasse	99	13	15	13	14	15	14	15
TK – Techniker Krankenkasse	96	14	11	14	15	14	15	13
Securvita Krankenkasse	93	12	12	15	13	13	13	15
DAK-Gesundheit	87	15	14	12	10	11	13	12
actimonda krankenkasse	63	7	9	11	6	9	11	10
energie-BKK	52	9	10	7	9	3	7	7
Die Schwenninger Krankenkasse	51	11	13	8	8	6	5	0
KKH Kaufmännische Krankenkasse	48	4	7	0	11	10	10	6
BKK Gildemeister Seidensticker	44	2	5	10	2	8	8	9
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	38	9	8	5	6	7	3	0
SBK	34	0	0	2	0	12	9	11
BKK VBU	33	6	0	9	4	5	1	8
Barmer GEK	26	1	3	0	13	2	6	1
Salus BKK	16	10	6	0	0	0	0	0
BKK family	16	0	0	4	0	4	4	4
BIG direkt gesund	10	0	2	4	0	0	0	4
IKK gesund plus	9	0	4	0	0	0	0	5
hkk Krankenkasse	8	6	0	0	2	0	0	0
BKK Pfalz	7	0	0	0	7	0	0	0
Novitas BKK	6	0	0	6	0	0	0	0
Deutsche BKK	5	0	0	0	3	0	2	0
BKK vor Ort	3	0	0	0	0	1	0	2
IKK classic	3	3	0	0	0	0	0	0
Audi BKK	2	0	1	1	0	0	0	0
R+V Betriebskrankenkasse	2	0	0	0	2	0	0	0

farblich unterlegt: Top-15-Kassen; ¹⁾zum genauen Profil der einzelnen Versichertentypen siehe S. 8–21

Quelle: DFSI

Dauerhaft top

Die historische Auswertung rechts zeigt das Ergebnis der Kundengruppen-Analysen von FOCUS-MONEY und dem DFSI über die vergangenen fünf Auswertungen hinweg. Bei Kassen, die während dieser Zeit Fusionen durchlaufen haben, wurde das Ergebnis des jeweils besser platzierten Fusionspartners herangezogen. Langzeitsieger bei den bundesweiten Kassen ist die DAK-Gesundheit. Bei den regionalen Wettbewerbern führt die mhplus BKK.

Historische Auswertung bundesweite Kassen

Kasse	Punkte gesamt	Punkte 2011	Punkte 2012	Punkte 2013	Punkte 2014	Punkte 2015
DAK-Gesundheit	498	113	109	99	90	87
TK – Techniker Krankenkasse	495	103	103	99	94	96
Securvita Krankenkasse	461	98	94	82	94	93
HEK – Hanseatische Krankenkasse	426	70	90	85	82	99
Barmer GEK	403	112	101	82	82	26
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	334	107	70	76	43	38
SBK	310	42	77	79	78	34
KKH Kaufmännische Krankenkasse	226	66	71	24	17	48
Die Schwenninger Krankenkasse	218	42	31	40	54	51
BKK VBU	203	78	14	39	39	33

Auswahl: 10 bestplatzierte Kassen

Quelle: DFSI

Welche Kasse konnte in der Gesamtrechnung über alle Kundenprofile hinweg die meisten Punkte sammeln?

Top regionale Kassen für spezielle Kundengruppen 2015¹⁾

Kasse	Punkte gesamt	Familie	Berufs- anfänger	Sportler	aktive Ältere	Anspruchs- volle	Selbst- ständige	Alternativ- medizin- Anhänger
AOK Baden-Württemberg	97	15	15	12	14	14	15	12
AOK Plus	85	14	10	14	15	13	13	6
IKK Südwest	84	8	13	13	8	15	14	13
IKK Brandenburg und Berlin	61	7	6	15	0	10	9	14
mhplus Betriebskrankenkasse	61	2	7	11	11	11	11	8
AOK Nordwest	55	12	0	8	0	12	12	11
BKK VDN	53	0	9	10	12	5	8	9
BKK Wirtschaft & Finanzen	53	5	14	9	5	9	0	11
AOK Sachsen-Anhalt	48	9	11	6	6	8	5	3
Bergische Krankenkasse	44	13	0	1	9	4	2	15
AOK Rheinland/Hamburg	38	10	2	7	2	7	10	0
AOK Niedersachsen	34	6	0	0	10	6	7	5
AOK Nordost	25	4	0	4	8	3	6	0
Brandenburgische BKK	24	1	5	5	1	2	3	7
BKK Faber-Castell & Partner	15	3	12	0	0	0	0	0
AOK Bremen/Bremerhaven	13	0	0	0	13	0	0	0
BKK Scheufelen	13	1	8	0	0	0	4	0
BKK Demag Krauss-Maffei	12	0	4	0	4	0	0	4
AOK Hessen	11	11	0	0	0	0	0	0
AOK Bayern	6	0	0	0	3	0	1	2
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	3	0	0	3	0	0	0	0
BKK ZF & Partner	3	0	3	0	0	0	0	0
BKK DürkoppAdler	2	0	0	2	0	0	0	0
Bosch BKK	1	0	1	0	0	0	0	0
SKD BKK	1	0	1	0	0	0	0	0
Vaillant BKK	1	0	0	0	0	0	0	1
BKK HMR	1	0	0	0	0	1	0	0

farblich unterlegt: Top-15-Kassen; *zum genauen Profil der einzelnen Versichertentypen siehe S. 8-21
Quelle: DPSI

Historische Auswertung regionaler Kassen

Kasse	Punkte gesamt	Punkte 2011	Punkte 2012	Punkte 2013	Punkte 2014	Punkte 2015
mhplus Betriebskrankenkasse	386	114	93	48	70	61
BKK Wirtschaft & Finanzen	327	83	68	67	56	53
AOK Baden-Württemberg	325	16	24	93	95	97
AOK Nordwest	308	70	53	57	73	55
AOK Plus	280	56	35	38	66	85
Bergische Krankenkasse	275	57	58	84	32	44
AOK Rheinland/Hamburg	224	11	44	51	80	38
Brandenburgische BKK	217	53	50	57	33	24
AOK Bayern	183	36	32	50	59	6
AOK Nordost	145	47	49	4	20	25

Auswahl: 10 bestplatzierte Kassen

Quelle: DPSI

 **kassensuche.de**
Der neutrale Krankenkassenvergleich



Alle Daten, Fakten und Leistungen.

Wo können Sie die passende Krankenkasse finden?

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

Probieren Sie es:

www.kassensuche.de

Unsere Partner:



Vorausschauen. Mit starker Leistung.

**Immer in den richtigen Händen: von
Arzttermin-Service bis Zweitmeinung.**

Auf Ihre Krankenkasse möchten Sie sich in jeder Lebenssituation verlassen – deshalb bieten wir umfassende Leistungen. So können Sie sich z.B. mit dem **Arzttermin-Service** direkt online in die Kalender von Fach- und Hausärzten eintragen. Oder wir helfen Ihnen dabei, eine **zweite medizinische Meinung** einzuholen, wenn Sie das wünschen. Zwei Beispiele von zahlreichen Leistungen, mit denen wir jederzeit vorausschauend für Sie da sind.

Jetzt zum Langzeitsieger wechseln:
www.dak.de



DAK
Gesundheit