

Schutzgebühr: 1,-- EUR

Freie Krankenkassenwahl

Durch das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) von 1993 wurde mit Wirkung vom 01.01.1996 der Mitgliederkreis der gesetzlichen Krankenversicherungen neu gestaltet. Nahezu alle gesetzlich Krankenversicherten können seit 1996 ihre Krankenkasse frei wählen. Diese Wahlfreiheit führte dazu, dass die meisten der Krankenkassen, deren Mitgliederkreis bislang nur auf bestimmte Berufszweige beschränkt war, nun auch für andere Versicherte offen stehen.

Welche Krankenkassen können gewählt werden?

Der gesetzlich Krankenversicherte kann entscheiden, ob er sich bei der örtlich zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), einer Ersatzkasse, der für seinen Betrieb zuständigen Betriebskrankenkasse (BKK) bzw. Innungskrankenkasse (IKK) oder der Krankenkasse des Ehegatten versichern will, oder ob er bei seiner bisherigen Krankenkasse bleibt. Seit dem 01.04.2007 kann auch die knappschaftliche Krankenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft – Bahn – See) gewählt werden.

AOK oder Ersatzkasse sind am Wohn- oder Beschäftigungsort wählbar, für Studenten auch am Studienort.

Zudem können betriebsfremde- und innungsfremde Krankenkassen gewählt werden, wenn sich diese durch eine Satzungsänderung für Betriebs- und Innungsfremde geöffnet haben.

Die Seekrankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen bleiben zunächst ausschließlich ihren bisherigen Mitgliedern vorbehalten. Ab 01.01.2009 kann dann auch die Seekrankenkasse gewählt werden.

Wer als Familienangehöriger familienversichert ist, gehört automatisch der Krankenkasse des Mitglieds an. Sind die Eltern in unterschiedlichen Krankenkassen versichert, so können sie die zuständige Krankenkasse für die Kinder bestimmen.

Wer kann die Krankenkasse wählen?

Das Wahlrecht gilt nicht für privat Versicherte. Ihnen wird hierdurch nicht die Gelegenheit gegeben, in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren.

Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse hingegen können seit 1996 diese frei wählen.

Freiwillig versichert sind vor allem Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt monatlich über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Diese liegt für 2007 bei 47.700 EUR pro Jahr bzw. bei 42.700€ für diejenigen, die schon am 31.12.02 privat versichert waren.

Versicherungspflichtig sind insbesondere Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze nicht überschreitet, zudem Rentenantragsteller, Rentner (sofern sie die Vorversicherungszeiten erfüllen), Empfänger von Arbeitslosengeld und -hilfe, Behinderte, Teilnehmer von berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahmen, Studenten, Künstler und Publizisten.

Für versicherungspflichtige Seeleute bzw. Landwirte bleiben weiterhin die See-Krankenkasse (bis 31.12.2008) bzw. die landwirtschaftlichen Krankenkassen zuständig. Sie können nicht zu anderen Krankenkassen wechseln.

Welche Fristen sind zu beachten?

War der Versicherte 18 Monate Mitglied seiner Krankenkasse, kann er jederzeit mit einer Frist von 2 Monaten kündigen. Geht die Kündigung z.B. im Januar bei der Krankenkasse ein, so wird die Kündigung zum 31.3. wirksam und er kann zum 01.04. Mitglied einer neuen Krankenkasse werden.

Sonderkündigungsrecht

Bei einer Beitragssatzerhöhung der Krankenkasse gilt das sog. Sonderkündigungsrecht. Die 18-monatige Bindungsfrist besteht in diesem Fall nicht. Der Versicherte kann ebenfalls mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende die Krankenkasse wechseln. Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Monats, der auf den Monat des Inkrafttretens der Beitragssatzerhöhung folgt, bei der Krankenkasse eingegangen sein. Wird der Beitragssatz z.B. zum 01.01.2007 erhöht, muss die Kündigung bis zum 28.02.2007 bei der Krankenkasse eingegangen sein.

Welches Verfahren ist zu beachten?

Entscheidend für den Kündigungszeitpunkt ist der Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse. Die Kündigung sollte daher zweckmäßigerweise per Einwurf/Einschreiben oder durch persönliche quitierte Übergabe erfolgen.

Die alte Krankenkasse muss dem Versicherten innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung ausstellen.

Die gewählte Krankenkasse ist verpflichtet, das neue Mitglied aufzunehmen. Sie hat nach Ausübung des Wahlrechts und nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der alten Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist der alten Krankenkasse seine neue Mitgliedschaft durch Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse nachweist. Versäumt er dies, kommt der Krankenkassenwechsel nicht zustande. Auch die zur Meldung verpflichtete Stelle - z. B. Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger – muss über den Wechsel informiert werden.

Was sollte man vor einem Wechsel berücksichtigen?

Leistungen

Die grundsätzlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ergeben sich aus dem Sozialgesetzbuch 5. Teil (SGB V) und sind daher bei allen Krankenkassen gleich.

Kann-Bestimmungen

Neben diesen gesetzlich festgelegten Leistungen gibt es einige sog. Kann-Bestimmungen. In diesen Fällen sagt das Gesetz aus, dass die Satzung der Krankenkasse festlegen kann, ob und in welchem Umfang die Kasse eine solche Leistung anbietet.

- Häusliche Krankenpflege

Wenn eine Krankenhausbehandlung notwendig, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie vermieden oder verkürzt werden kann, erhalten Versicherte zu Hause oder sonst an einem geeigneten Ort (insbesondere in betreuten Wohnformen) eine häusliche Krankenpflege. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Die Versicherten erhalten als

häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Zusätzlich kann eine Krankenkasse eine Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als häusliche Krankenpflege übernehmen.

- **Haushaltshilfe**
Eine Haushaltshilfe erhalten Versicherte, wenn sie im Krankenhaus oder zur Kur sind, ihren Haushalt nicht weiterführen können und im Haushalt ein Kind unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind ist. Hier kann die Krankenkasse auch in anderen Fällen eine Haushaltshilfe bezahlen, wenn die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist z. B. auch bei älteren Kindern.
- **Rehabilitation**
Die Krankenkassen können ergänzende Leistungen zur Rehabilitation erbringen z. B. den Rehabilitationssport fördern.
- **Hilfe bei Behandlungsfehlern**
Vermutet ein Versicherter einen Behandlungsfehler, so kann die Krankenkasse ihn bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen. Die Krankenkasse kann z. B. ein Gutachten über den Medizinischen Dienst erstellen lassen oder dem Patienten bei der Beschaffung seiner Behandlungsunterlagen behilflich sein.

Modellvorhaben

Außerdem können Krankenkassen sog. Modellvorhaben durchführen. So gibt es Erprobungsregelungen für alternative Heilverfahren, bestimmte Erkrankungen bzw. Behandlungsformen, Praxisnetze etc.

Zusatzversicherungen

Seit 01.01.2004 können die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten Zusatzversicherungen von privaten Versicherern vermitteln. Wer hierauf Wert legt, sollte die einzelnen Angebote der Krankenkassen vergleichen. Zusatzversicherungen gibt es für folgende Bereiche: stationäre Behandlung, Zahnbehandlung, Heilpraktiker, Auslandsreise, Brillen und Kontaktlinsen, Krankentagegeld.

Wahltarife

Seit dem 01.04.2007 wurde im Rahmen der neuen Gesundheitsreform die Möglichkeit für die Krankenkassen eingeräumt, freiwillige und obligatorische Wahltarife auch für versicherungspflichtige Mitglieder anzubieten.

Für Mitglieder die an besonderen Versorgungsformen (integrierte Versorgung, besondere ambulante Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung) teilnehmen, muss die Krankenkasse spezielle Wahltarife anbieten (so genannte obligatorische Wahltarife). Der Versicherte kann eine Prämienzahlung oder eine Zuzahlungsermäßigung für die Teilnahme erhalten. Personen, für die die Krankenversicherungsbeiträge von Dritten getragen werden (z.B. Bezieher von Arbeitslosengeld I und II), können nur die obligatorischen Wahltarife wählen.

Entscheiden sich Versicherte für diese Wahltarife, so sind sie an die Krankenkasse für 1 Jahr gebunden.

Neben den obligatorischen Wahltarifen haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Wahltarife als freiwillige Satzungsleistung anzubieten. Dies sind z.B. Selbstbehalttarife, Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen (Beitragsrückerstattung), variable Kostenerstattung oder Tarife, die die Übernahme der Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen beinhalten. Die Versicherten sind aufgrund der Wahl solcher Tarife für 3 Jahre an ihre Krankenkasse gebunden. Selbst wenn die Krankenkasse innerhalb dieser 3 Jahre die Beiträge erhöht, ist ein Wechsel der Krankenkasse nicht möglich. In jedem Fall sollte man sich genau überlegen, welche Vor- und Nachteile der jeweilige Wahltarif mit sich bringt.

Beiträge

In Berlin liegen die Beitragssätze der freiwählbaren Krankenkassen zur Zeit zwischen 12,0 % und 15,8 % des Bruttoeinkommens. (Eine Aufstellung der in Berlin geltenden Beitragssätze der freiwählbaren Krankenkassen ist beigefügt.)

Die Ersparnis beim Wechsel in eine Krankenkasse, die um 1 % günstiger ist, beträgt z. B. bei einem jährlichen Bruttogehalt von 30.000,-- EUR 300,-- EUR im Jahr. Hierbei entfällt allerdings die Hälfte der Einsparung auf den Arbeitgeber.

Zum 01.07.2005 haben die Krankenkassen ihren Grundbeitragssatz um 0,9% gesenkt. Diese Senkung kommt jeweils zur Hälfte (also in Höhe von 0,45%) dem Versicherten und dessen Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger zu gute. Zum gleichen Zeitpunkt haben die Krankenkassen in Zusammenhang mit der Entscheidung, Zahnersatz und Krankengeld entgegen ursprünglicher Pläne im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen zu belassen, einen Sonderbeitrag in Höhe von ebenfalls 0,9% eingeführt. Dieser Sonderbeitrag ist, anders als der Grundbeitragssatz, vom Versicherten in voller Höhe allein zu tragen. Im Ergebnis zahlt der Versicherte daher 0,45% mehr als bisher. Ziel dieser Umverteilung war, die Lohnnebenkosten zu senken, Arbeitgeber und Rentenversicherung zu entlasten.

Service

Darüber hinaus sollten aber auch andere Gesichtspunkte bei der Wahl berücksichtigt werden, wie die gute Erreichbarkeit der Geschäftsstelle, die Öffnungszeiten, die Kundenfreundlichkeit etc. Einige Krankenkassen haben nun auch samstags geöffnet, bieten Geschäftsstellen auf Mallorca an oder einen Telefonservice rund um die Uhr.

Einige Krankenkassen bieten darüber hinaus telefonische Beratungsdienste für bestimmte Fragen an z. B. zur Krankenhausinformation, zur Arzneimittelinformation, zur Beratung bei bestimmten Erkrankungen etc.

Adressen und Telefon- bzw. Servicenummer der für Berlin zuständigen Krankenkassen befinden sich in der Anlage.

Tipps

Bevor man sich für eine neue Krankenkasse entscheidet, sollte man überlegen, was für einen selbst wichtig ist. Die finanzielle Einsparung kann - wie oben beschrieben - recht deutlich ausfallen. Dies sollte aber nicht das einzige Entscheidungskriterium sein.

Man sollte sich überlegen, ob man auf bestimmte Behandlungsmethoden Wert legt. Insbesondere chronisch Kranke sollten erfragen, ob die von Ihnen gewünschte Behandlung übernommen wird. Zudem sollte man sich erkundigen, ob es bestimmte Informationsdienste oder Service-Nummern z. B. für Arzneimittel, Krankenhäuser, Zahnbehandlung gibt.

Es ist immer ratsam, schon vorab die Satzung und weitere Informationsmaterialien, insbesondere zu Modellvorhaben, anzufordern.

Besonders für ältere Menschen - die nicht schriftlich mit ihrer Krankenkasse verkehren wollen - kann es von großer Bedeutung sein, dass die Krankenkasse über eine Geschäftsstelle in der Nähe verfügt.

Fragen hierzu beantwortet die Patientenberatung der Verbraucherzentrale Berlin.

Sprechzeiten: telefonisch unter 0900-1-88 77 104 (1,86 EUR /Min. aus dem deutschen Festnetz. Bei Anrufen aus dem Mobilfunknetz können abweichende Tarife gelten.) dienstags zwischen 14.00 und 17.00 Uhr und mittwochs zwischen 10.00 und 12.00 Uhr;

Für eine persönliche Beratung ist eine Anmeldung unter 214 85-260 erforderlich.

September 2007