



verbraucherzentrale

Wahltarife und Satzungsleistungen der Krankenkassen

Eine Orientierungshilfe im Tarif-
und Satzungsleistungsdschungel



Was sind Wahltarife?

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Leistungskatalog zu mehr als 95 Prozent gesetzlich festgelegt. Der einheitliche, gesetzlich festgelegte Beitragssatz stellt für Versicherte kein Unterscheidungskriterium bei einem Wechsel der Krankenkasse dar. Vielmehr gestalten die Krankenkassen ihren Wettbewerb über Wahltarife oder Satzungsleistungen. Seit dem 01.01.2012 haben die Kassen weitere Möglichkeiten, neue Zusatzleistungen in den Leistungskatalog mit aufzunehmen. Anhand der angebotenen Leistungen können wechselwillige Versicherte prüfen, welche Krankenkasse für sie eine optimale Wahl darstellt.

Wahltarife bieten gesetzlich Versicherten zahlreiche Möglichkeiten. So kann der Versicherungsschutz um besondere Leistungen – teilweise gegen Aufpreis – erhöht werden oder Beitragssparnisse bieten. Viele Kassen machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Manche Tarife müssen die Kassen anbieten, etwa für besondere Versorgungsformen. Andere können angeboten werden, wie Selbstbehalt-Tarife oder Beitragsrückerstattungen, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. Einige Tarife sind zudem nur für bestimmte Gruppen relevant, zum Beispiel können Selbstständige einen gesonderten Anspruch auf Krankengeld erwerben. Die große Zahl an unterschiedlichsten Wahltarifen und Satzungsleistungen erschwert es jedoch, sich einen Überblick zu verschaffen und die richtige Entscheidung für eine Krankenkasse zu treffen. Für eine erste Orientierung gibt dieser Ratgeber grundlegende Informationen.

Wahltarife für besondere Versorgungsformen

Alle gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Mitgliedern versorgungsorientierte Wahltarife anzubieten. Die Angebote sollen gezielt die Behandlungs- und Versorgungsqualität der Versicherten verbessern. Patientinnen und Patienten müssen für diese Angebote nicht mehr zahlen oder ein höheres finanzielles Risiko im Krankheitsfall eingehen. Zu diesen Tarifen zählen unter anderem:

• Das Hausarztmodell

Bei diesem Tarif verpflichten sich Versicherte, im Krankheitsfall immer zuerst die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt aufzusuchen. Diese sollen die Rolle eines Lotsen übernehmen, der seine Patientinnen und Patienten bei Bedarf an eine Fachärztin oder einen Facharzt überweist und dabei die gesamte Behandlung stets im Blick behält. Als Bonus kommen Prämienzahlungen oder Zahlungsbefreiungen in Betracht, viele Kassen erlassen zum Beispiel die Praxisgebühr. Die freie Arztwahl wird jedoch eingeschränkt, da ein Facharztbesuch in der Regel nur durch eine Über-

weisung der Hausärztin oder des Hausarztes möglich ist. Versicherte sind in der Regel ein Jahr an die Wahl ihres Hausarztes gebunden. Der gewählte Hausarzt darf nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, zum Beispiel Wohnortwechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses, gewechselt werden. Vor einem Wechsel muss sich der Patient bzw. die Patientin erkundigen, ob der neue Hausarzt bei dem Hausarztmodell mitmacht. Steht hingegen ein Wechsel der Krankenkasse an, so gibt es bei diesem Wahltarif keine Mindestbindungsfrist gegenüber der Kasse.

• Strukturierte Behandlungsprogramme

Dies sind spezielle Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes oder Asthma. Krankenkassen sowie Ärztinnen und Ärzte weisen in der Regel auf diese Angebote hin. Patientinnen und Patienten können sich bei den an diesen Angeboten teilnehmenden Arztpraxen in die so genannten Disease-Management-Programme (DMP) einschreiben. Diese bieten eine speziell koordinierte Versorgung mit anderen Leistungs-erbringern.

Alle teilnehmenden Medizinerinnen und Mediziner müssen sich zusätzlich weiterbilden und nach festgelegten Standards behandeln. Für Patientinnen und Patienten ist die Teilnahme an diesen Programmen unter anderem mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und Schulungen, zum Beispiel einer Ernährungsberatung bei Diabetikern, verbunden. Als finanziellen Anreiz für die Versicherten bieten viele Kassen eine Prämie oder einen anderen Bonus, wie zum Beispiel den Erlass der Praxisgebühr.

• Tarife für Integrierte Versorgung

Bei der so genannten integrierten Versorgung handelt es sich um Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, die von den Krankenkassen gefördert werden. Die abgestimmte Zusammenarbeit – beispielsweise zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Krankenhäusern – soll zu einer höheren Versorgungsqualität und gleichzeitig zu einer besseren Verzahnung der unterschiedlichen medizinischen Versorger führen.

Diese Tarife können gerade für bereits erkrankte Menschen zu einer qualitativ höherwertigen Versorgung führen. Sie werden jedoch momentan noch nicht in allen Regionen Deutschlands bzw. von allen Krankenkassen angeboten und können sich von Kasse zu Kasse deutlich unterscheiden. Teilweise sind die Angebote auch auf einen bestimmten Personenkreis, zum Beispiel Diabetes-Patienten, begrenzt.

Tipp: Gerade für chronisch Kranke ist es wichtig, vor der Wahl eines solchen Angebots, die Details – etwa welche Facharztgruppen daran beteiligt sind – zu vergleichen.

Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten vor einer Entscheidung über die Teilnahme an einem Wahltarif „besondere Versorgungsformen“ umfassend über die enthaltenen Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer informieren.

Wichtig: Bei den meisten Modellen dürfen Patienten die Ärztin bzw. den Arzt oder sonstige Leistungserbringer nicht frei wählen. Sie sollten daher vor der Entscheidung für einen derartigen Wahltarif unter anderem prüfen, ob ihre behandelnde (Haus)Ärztin bzw. der behandelnde (Haus)Arzt am Programm der Kasse teilnimmt.

Grundsätzlich gilt: **Die Teilnahme ist freiwillig – auch für chronisch Kranke!**

Wichtig: Für Wahltarife besonderer Versorgungsformen gibt es keine Bindungsfrist gegenüber der Krankenkasse.

• Tarif für Krankentagegeld

elbstständige haben die Möglichkeit, sich zum allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent mit einem gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld zu versichern. Das bedeutet, dass sie – wie Arbeitnehmer – ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld beziehen.

Alternativ können sie einen gesonderten Wahltarif „Krankengeld“ wählen. Dann wird nur ein ermäßigter Beitragssatz von 14,9 Prozent fällig plus die Prämie für den Wahltarif. Die Konditionen der einzelnen Kassen können erheblich voneinander abweichen. Für Künstler und Publizisten gibt es spezielle Tarife. Mit Abschluss des Wahltarifs „Krankengeld“ bindet sich jeder Versicherte für drei Jahre an seine Krankenkasse. Auch im Fall, dass ein Zusatzbeitrag erhoben wird oder eine bislang gezahlte Prämie wegfällt, besteht kein Sonderkündigungsrecht! Allerdings kann es Vorteile bringen, einen Wahltarif abzuschließen. So lässt sich unter Umständen beispielsweise eine Absicherung vor der siebten Krankheitswoche oder ein höheres Krankengeld erreichen.

Als dritte Option besteht die Möglichkeit – unabhängig von der gesetzlichen Krankenkasse – eine private Krankentagegeld-Versicherung abzuschließen. In diesem Fall wirken sich allerdings das Alter und der Gesundheitszustand auf die Beitragshöhe aus – beim Wahltarif ist dies nicht zulässig. Ein Wahltarif oder eine private Krankentagegeld-Versicherung kann häufig auch als (sinnvolle) Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld gewählt werden, um Mehrleistungen abzusichern.

Freiwillige Tarifangebote der Krankenkassen

Bei der Gestaltung aller weiteren Wahltarife haben die Krankenkassen einen größeren Spielraum. Sie können diese Tarife anbieten, müssen es jedoch nicht. Manche Kassen haben mehr als 20 Tarife im Angebot, andere nur zwei oder noch gar keine. Das Spektrum der unterschiedlichen, von den einzelnen Krankenkassen angebotenen Tarife ist daher sehr groß.

Alle nachfolgend dargestellten Wahltarife haben jedoch einen gemeinsamen Nachteil:

Versicherte binden sich mit der Wahl des Tarifs für ein oder drei Jahre an ihre Kasse. Jedoch besteht für die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht. Eine Sonderregelung gibt es bei dem Wahltarif Krankentagegeld, bei dem Versicherte immer die Bindungsfrist einhalten müssen.

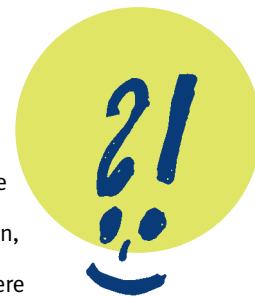
Anmerkung: Versicherte, deren Krankenkassenbeiträge vollständig von Dritten getragen werden – also zum Beispiel Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld I und II – können grundsätzlich keinen dieser freiwilligen Wahltarife wählen.

Folgende Tarife können von jeder gesetzlichen Krankenkasse angeboten werden:

• Tarife für die Inanspruchnahme von Leistungen (Beitragsrückerstattung)

Bei der so genannten Beitragsrückerstattung handelt es sich um Tarife, bei denen Versicherte einen Teil ihrer Beiträge – maximal einen Monatsbeitrag pro Jahr – von der Kasse erstattet bekommen, wenn sie und auch volljährige mitversicherte Familienangehörige – zum Beispiel die Ehefrau – keine Leistungen in Anspruch nehmen. Allerdings können beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, bestimmte Schutzimpfungen und Arztbesuche, bei denen die Ärztin bzw. der Arzt nichts verordnet, weiterhin in Anspruch genommen werden. Der Vorteil dieses Tarifs ist, dass Verbraucherinnen und Verbraucher kein finanzielles Risiko eingehen müssen, da die Kasse in einem Krankheitsfall weiterhin die anfallenden Kosten trägt.

Der Nachteil bei diesem Tarif ist neben der einjährigen Bindung an die Kasse, dass Versicherte unter Umständen verleitet werden, mit Beschwerden nicht rechtzeitig zur Ärztin oder zum Arzt zu gehen, damit die Prämie am Jahresende erhalten bleibt. Dies kann im schlimmsten Fall zu



gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder einer Verschleppung von Krankheiten führen.

Tip: Es gibt von Kasse zu Kasse Unterschiede bei den Leistungen, die in Anspruch genommen werden können, ohne die Prämie zu verlieren. Hier lohnt ein prüfender Blick in die Tarifbedingungen, die sich in der Regel in der Satzung der Kassen befinden. Die jeweilige Satzung können Versicherte schriftlich direkt von der Kasse anfordern oder oft über deren Internetauftritt aufrufen.

Beispiel 1 – Prämienzahlung:

Kurt H. wählt am 1. Juli 2012 den Tarif Beitragsrückerstattung der Krankenkasse XY. Nach sechs Monaten sucht er seinen Arzt im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung auf. Weitere Arztbesuche sind nicht notwendig. Nach einem Jahr erhält Herr H. die Beitragsrückerstattung (Prämie) seiner Kasse. Er war zwar einmal beim Arzt, jedoch nur zur Vorsorge. Außerdem hat der Arzt kein Arzneimittel verschrieben. Hätte er ein Arzneimittel verschrieben, wäre die Beitragsrückerstattung verfallen.



Beispiel 2 – keine Prämie:

Hanno R. wählt ebenfalls am 1. Juli 2012 den Tarif für Beitragsrückerstattung der Krankenkasse XY. Nach elf Monaten muss seine Ehefrau, die über Hanno R. mitversichert ist, aufgrund starker Beschwerden eine Ärztin aufsuchen: Diese stellt fest, dass sie eine Erkrankung hat, die mit Tabletten behandelt werden muss. Die Ärztin stellt ihr ein Rezept dafür aus. Obwohl Hanno R. selbst keinen Arzt aufgesucht hatte, stellt er zwölf Monate nach Eintritt in den Wahltarif fest, dass er keine Beitragsrückerstattung erhält, da für die Behandlung seiner Frau ein Rezept ausgestellt werden musste.

Wichtig: Bei manchen Kassen erhöht sich die Prämienauszahlung mit jedem Jahr, in dem keine Leistungen in Anspruch genommen werden bis zur festgelegten Höchstprämie im dritten Jahr.

• Selbstbehalttarif

Diese Tarifvariante ähnelt auf den ersten Blick den Tarifen mit einer Beitragsrückerstattung. Auch hier kann der Versicherte einen Bonus erlangen, wenn er für die Krankenkasse weniger Kosten verursacht. Aber: Diesen Bonus von maximal 600 Euro im Jahr erkaufen sich Versicherte, indem sie das Risiko eingehen, Behandlungskosten im Krankheitsfall bis zu einer bestimmten Höhe – dem festgelegten Selbstbehalt – selbst zu übernehmen. Häufig ist die Höhe

der möglichen Prämie je nach Kasse auch an das Einkommen des Versicherten gebunden. Je höher das Einkommen, desto höher auch die Prämie und der Selbstbehalt.

Wichtig: Mit der Wahl dieses Tarifs binden sich Versicherte für drei Jahre an die Kasse. Selbstbehalt-Tarife gibt es nur für Mitglieder der Kassen, Familienversicherte können nicht einbezogen werden.

Bei diesen Tarifen gibt es die größten Unterschiede: Manche Kassen haben nur zwei, andere dagegen über zehn verschiedene Tarife mit einem Selbstbehalt. Ein Selbstbehalt kann bei bestimmten Angeboten auch auf spezielle Leistungen – zum Beispiel für Kuren oder Zahnersatz – eingeschränkt werden.

Beispiel – Selbstbehalt-Tarif:

Kurt H. wählt einen Selbstbehalt-Tarif mit einer Prämie von 200 Euro bei einem Selbstbehalt von 260 Euro. Im Klartext bedeutet dies, dass Herr H. nach einem Jahr, in dem er keine Leistungen in Anspruch genommen hat, eine Prämie von 200 Euro erhält. Muss er wegen einer Krankheit zum Arzt, hat er die anfallenden Kosten bis zu einer Höhe von 260 Euro im Jahr selbst zu tragen. Sein finanzielles Risiko pro Jahr beträgt 60 Euro.

Grundsätzlich gilt also: Bei einer auftretenden Krankheit bzw. einer Verletzung besteht für Versicherte immer das Risiko, einen Teil der Kosten selbst tragen zu müssen, weil die Prämie geringer ist als der zu zahlende Selbstbehalt.

Berechnung des Selbstbehaltes: Die Art und Weise, wie Versicherte an den Kosten der medizinischen Versorgung beteiligt werden, ist höchst unterschiedlich. Teilweise werden die tatsächlich angefallenen Kosten direkt auf den Selbstbehalt angerechnet, bei anderen Kassen teilen sich Kasse und Versicherte die Kosten zur Hälfte oder Versicherte zahlen für jedes Rezept und für jeden Krankenhausaufenthalt einen einkommensabhängigen Pauschalbetrag.

Beispiel – Krankenkasse 1:

Der Bonus beträgt 100 Euro und der maximale jährliche Selbstbehalt 130 Euro. Der Bonus verringert sich bei jedem Arztbesuch, der eine Verordnung – zum Beispiel ein Arzneimittelrezept – nach sich zieht, um 10 Euro. Fallen weitere Kosten an, ist der Eigenanteil von Versicherten auf den maximalen Selbstbehalt von 130 Euro begrenzt. Das Risiko beläuft sich also auf 30 Euro.

Beispiel – Krankenkasse 2:

Auch hier beträgt der Bonus 100 Euro und der maximale jährliche Selbstbehalt 130 Euro. Werden jedoch Leistungen im Rahmen eines Arztbesuchs benötigt, verfällt die

gesamte Prämie von 100 Euro bereits nach dem ersten Arztbesuch. Auch hier beläuft sich das finanzielle Risiko auf maximal 30 Euro pro Jahr.

Wichtig: Vorsicht ist geboten, wenn die Kasse einen Tarif anbietet, bei dem Versicherte einen prozentualen Anteil an den Behandlungskosten selbst tragen müssen. Ein Selbstbehalt-Tarif, der die von Versicherten zu tragenden Kosten sogar ohne Begrenzung pauschal als prozentualen Anteil an den anfallenden ärztlichen Kosten berechnet, birgt ein großes finanzielles Risiko und sollte auf keinen Fall gewählt werden.

• Kombination von Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt

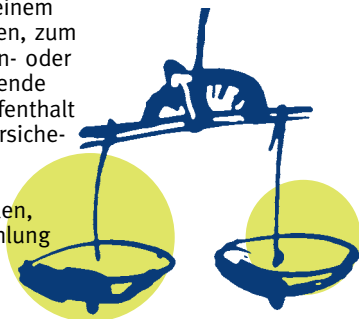
Einzelne Krankenkassen bieten auch unterschiedliche Tarife, die eine Kombination der beiden Wahltarife darstellen. Durch die Kombinationsmöglichkeit ist ein Bonus von bis zu 900 Euro im Jahr möglich. Allerdings bündeln diese Tarife auch alle dargestellten Risiken für die Versicherten. Der maximale Betrag kann in der Regel nur von sehr gut verdienenden und gesunden Versicherten erzielt werden.

Tip: Es gibt auch Tarifangebote, die statt einer finanziellen Prämie bestimmte zusätzliche Vorsorge- und Präventionsangebote, wie zum Beispiel Ernährungs- und Entspannungskurse, gewähren, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen und eine Selbstbeteiligung der Versicherten festgelegt wurden.

• Variable Kostenerstattungstarife

Diese Tarife sind in der Regel sehr unterschiedlich ausgestaltet und können verschiedene Bereiche der medizinischen Versorgung einschließen, wie zum Beispiel ambulante, stationäre oder zahnärztliche Leistungen. Die Mehrzahl der Tarife umfasst das gesamte Versorgungsspektrum oder bezieht sich auf den Bereich der ambulanten Versorgung. In diesem Fall ist es der Ärztin bzw. dem Arzt möglich, wie bei einem Privatpatienten abzurechnen. Einige Krankenkassen bieten jedoch auch Tarife an, die einen höheren Kostenanteil der Kasse bei einer Versorgung mit Zahnersatz oder bei einem Krankenhausaufenthalt übernehmen, zum Beispiel die Mehrkosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer. Auch eine ergänzende Absicherung für einen Auslandsaufenthalt durch eine Auslandsreisekrankenversicherung wird vereinzelt angeboten.

Versicherte, die diese Option wählen, können in der Regel durch die Zahlung



einer zusätzlichen Prämie höhere Behandlungskosten von ihrer Krankenkasse erstattet bekommen. Abhängig vom gewählten Tarif erstatten die Kassen die Kosten für den zusätzlich abgedeckten Bereich entweder teilweise oder sogar vollständig. Anfallende Kosten, die über den regulären Satz bzw. den vorgeschriebenen Leistungskatalog der Kassen hinausgehen und sonst privat gezahlt werden müssten, können dadurch geringer ausfallen. Zum Teil bedeutet dieser Wahltarif aber auch nur den Wechsel in das Abrechnungsprinzip der Kostenerstattung ohne höhere Leistungen zu erhalten.

Für Versicherte ändert sich bei diesen Tarifen die Abrechnungsform bei der Ärztin bzw. beim Arzt oder im Krankenhaus. Die Kosten werden nicht mehr direkt über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet. Stattdessen erhalten Versicherte zunächst eine Rechnung, die sie bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen müssen. Das bedeutet ganz praktisch: Die Versicherten müssen bei diesem Tarif auf jeden Fall gegenüber den Leistungserbringern in Vorleistung treten.

Tip: Die Krankenkassen können für jeden Tarif frei entscheiden, welche Kosten der Privatrechnung – etwa nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – sie übernehmen. Versicherte sollten deshalb auf das Genaueste prüfen, welche Kosten im Rahmen des Wahltarifs übernommen werden und diese dem unter Umständen zusätzlich zu leistenden Beitrag gegenüberstellen.

Die Tarife sind an das Prinzip der privaten Krankenversicherung angelehnt und bieten teilweise auch ein vergleichbares Angebotspektrum. Deshalb kommen auch private Versicherungen als Vergleichsbasis und mögliche Alternativen in Frage.

Wichtig: Bei allen Tarifen zur Kostenerstattung besteht die große Gefahr, dass Versicherte einen erheblichen Teil der Kosten aus der eigenen Tasche übernehmen müssen, da in der Regel nicht alle anfallenden Kosten übernommen werden.

• **Wahltarif für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen**

Diese Tarife richten sich an Versicherte, die ein besonderes Interesse an alternativen Heilmethoden haben und ihre Kosten für nicht verschreibungspflichtige homöopathische, anthroposophische oder phytotherapeutische (pflanzliche) Arzneimittel begrenzen möchten.

Wichtig: Die Erweiterung des Leistungsumfangs ist mit zusätzlichen Kosten verbunden. Dieser höhere Beitrag sollte auch in diesem Fall den zusätzlichen Leistungen gegenübergestellt werden. Bei der Entscheidung ist zu beachten, dass in der Regel nicht alle anfallenden Kosten von den Krankenkassen übernommen werden und zudem häufig eine jährliche Erstattungshöchstgrenze festgelegt ist.

Tipp: Versicherte sollten bei allen Tarifen vorab genau prüfen, unter welchen Bedingungen eine Erstattung möglich ist, also von welchen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln die Kosten übernommen werden und welche Leistungserbringer die Verschreibung ausstellen dürfen.

Einige Krankenkassen gewähren ohne Aufpreis Leistungen dieser Art als Satzungsleistungen



Umgang mit Wahlтарifen

Krankenkassen machen Versicherte durch Pressemeldungen und gezielte Werbemaßnahmen auf die zahlreichen Wahlтарife aufmerksam.

Trotzdem gilt weiterhin: Wahlтарife sind für Versicherte nicht verpflichtend.

Wer mit seiner Krankenkasse zufrieden ist, braucht nicht zu wechseln. Wer keinen Wahlтарif braucht oder keinen Nutzen für sich darin sieht, muss sich nicht für einen Wahlтарif entscheiden und behält den bisherigen Leistungsumfang.

Vor allem Versicherte mit einem guten Gesundheitszustand können durch Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattung Geld sparen oder zurückerhalten. Außerdem steigen die finanziellen Anreize der Kassen bei höheren Einkommen der Versicherten.

Für Patientinnen und Patienten, die regelmäßig ärztlich behandelt werden müssen – etwa chronisch kranke und alte Menschen – bieten sich dagegen hauptsächlich Tarife an, die auf eine qualitativ verbesserte Versorgung abzielen.

Tipp: Eine Entscheidung ist stark von persönlichen Bedürfnissen abhängig. Die Wahl sollte deshalb – auch in Anbetracht des wenig transparenten Marktes – gut überlegt sein und an den individuellen Ansprüchen jedes einzelnen Versicherten ausgerichtet werden.

Grundsätzlich ist bei Wahlтарifen die ein- oder dreijährige Bindungsfrist zu beachten. Tritt jedoch eine finanzielle Hilfsbedürftigkeit auf oder erhebt die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, greift in der Regel das Sonderkündigungsrecht.

Tipp: Versicherte sollten vorab klären, unter welchen Voraussetzungen ein Ausstieg aus dem gewählten Tarif möglich ist. Die Detailinformationen zu diesen wichtigen Regelungen finden sich in den Satzungen der jeweiligen Kassen.

Wer sich dennoch für einen Wahlтарif entscheidet, sollte unbedingt:

- mehrere Angebote einholen und genau vergleichen
- das individuelle finanzielle Risiko sorgfältig abwägen
- seinen aktuellen Gesundheitszustand berücksichtigen

Tipp: Vorsicht auch bei privaten Zusatzversicherungen – hier sollten Versicherte im Vorfeld prüfen, ob die Wahltarife Einfluss auf die Bedingungen bereits vorhandener privater Versicherungen haben. Manche Zahnzusatzversicherung kann beispielsweise nicht abgeschlossen werden, wenn bereits das Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Bei anderen Zusatzversicherungen wird unter Umständen zunächst der Selbstbehalt angerechnet, bevor die Versicherung einspringt.

Tipp: In vielen Fällen stellt ein Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse mit anders gestalteten Satzungsleistungen eine bessere Lösung dar, als einen Wahltarif zu wählen. Allerdings sollten die Leistungen vorher hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse geprüft werden. Dies hat den Vorteil, dass keinerlei Selbstbehalte oder Ähnliches geleistet werden müssen.

Was sind Satzungsleistungen?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind zum überwiegenden Teil gesetzlich vorgeschrieben. Zusätzlich dürfen die Kassen darüber hinausgehende, vom Gesetzgeber genehmigte Leistungen anbieten. Durch die Satzungsleistungen wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, auf Wünsche und Bedürfnisse ihrer Versicherten zu reagieren und sich gegenüber anderen Krankenkassen wettbewerbsmäßig abzugrenzen.

Die Leistungen müssen nach Art, Dauer und Umfang in der Satzung der Krankenkasse festgelegt sein und werden deshalb als „Satzungsleistungen“ bezeichnet. Die Krankenkasse ist gegenüber allen Versicherten an ihre Satzungsregelungen gebunden.

Wichtig: Die Satzungsleistungen kann die Krankenkasse durch Änderung der Satzung erweitern oder reduzieren. Deshalb sollten Versicherte auf Änderungen der Satzung, beispielsweise nach Fusionen, achten und überprüfen, ob für sie entscheidende Satzungsleistungen weiter gewährt werden.



Typische Satzungsleistungen

Zusatzimpfungen

Eine Vielzahl von Schutzimpfungen sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und werden von den Kassen übernommen. Welche Impfungen zum Leistungskatalog der Kassen zählen, ist in der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt. Darüber hinaus bieten viele Kassen ihren Versicherten zusätzliche Impfungen als freiwillige Satzungsleistung an, bei denen die Kosten teilweise oder ganz übernommen werden, zum Beispiel Schutzimpfungen vor Auslandsreisen.

Haushaltshilfe

Einen Anspruch auf eine Haushaltshilfe haben Versicherte, die aus Krankheitsgründen ihren Haushalt nicht weiterführen können und bei denen ein Kind im Haushalt lebt, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Einige Krankenkassen haben ihr Leistungsangebot erweitert und zahlen eine Haushaltshilfe auch ohne Kinder im Haushalt. Andere zahlen, wenn Kinder bis zu 14 Jahren im Haushalt leben. Ein Anspruch auf eine Haushaltshilfe kann besonders für ältere oder alleine lebende Menschen wichtig sein.

Häusliche Krankenpflege

Versicherte aller Kassen haben einen gesetzlichen Anspruch auf häusliche Krankenpflege für mindestens vier Wochen, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder ganz vermieden wird. Diese Hilfe umfasst die Behandlungspflege, zum Beispiel Wundverbände, die Grundpflege, zum Beispiel Hilfe beim Waschen, und die hauswirtschaftliche Versorgung. Alleinige Behandlungspflege übernehmen die Kassen auch, wenn keine Krankenhausbehandlung geboten ist. Als Satzungsleistung zahlen einige Kassen über die Behandlungspflege hinaus die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung auch, ohne dass eine Krankenhausbehandlung geboten wäre, wenn der Arzt dies verordnet. Diese Satzungsleistung wird unter Umständen zeitlich begrenzt gewährt.

Gesundheitskurse

Viele Krankenkassen bezuschussen Gesundheitskurse in den Bereichen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Sucht. Angeboten werden beispielsweise Rückenschule, Nordic Walking, Pilates oder Yoga-Kurse. Bieten die Kassen eigene Gesundheitskurse an, so übernehmen sie häufig die vollen Kosten. Nehmen Versicherte an Kursen anderer Anbieter teil, müssen die Kursleiterinnen und Kursleiter über eine entsprechende Zertifizierung für das Angebot verfügen. In diesem Fall gibt es von Kasse zu Kasse Unterschiede bei der Erstattung der Kursgebühr. In

der Regel übernehmen sie bis zu 80 Prozent der Kosten, einige Kassen erstatten auch die gesamte Kursgebühr. Allerdings müssen Versicherte bei externen Kursangeboten zunächst in Vorleistung treten. Erst wenn der Kursleiter dem Versicherten mindestens 80 Prozent Anwesenheit bescheinigt, vergütet die Kasse einen Teil oder die komplette Kursgebühr. Auch hier kann es von Kasse zu Kasse Unterschiede bei der Höhe des Erstattungsbetrags geben. Daher sollten Versicherte vorher gut überlegen, ob sie alle erforderlichen Kurstermine wahrnehmen können. Neben einem Zuschuss zu den Kosten belohnen einige Krankenkassen die Teilnahme an Gesundheitskursen auch über Bonusprogramme, die Geld- oder Sachprämien gewähren.

Gesundheitsboni

Fast alle Kassen haben ihr eigenes Bonusprogramm aufgelegt. Damit wollen sie gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Mitglieder belohnen. Durch die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Gesundheitskursen oder die Mitgliedschaft in Sportvereinen können Versicherte Bonuspunkte sammeln. Die Kasse belohnt dieses Verhalten mit einem Geldbonus oder einer Sachprämie. Dies kann beispielsweise eine professionelle Zahnreinigung sein.

Zusätzliche Satzungsleistungen ab 2012

Seit Januar 2012 dürfen die Kassen mehr Satzungsleistungen anbieten als bisher. Dies soll den Wettbewerb der Kassen fördern.

Hinzugekommen sind Leistungen aus folgenden Bereichen

- medizinische Vorsorge und Rehabilitation,
- künstliche Befruchtung,
- zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz,
- Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, mit Heilmitteln und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege,
- Haushaltshilfe sowie
- Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Im Bereich der zahnärztlichen Behandlung haben schon einige Krankenkassen ihre Satzungsleistungen erweitert und gewähren ihren Versicherten **Zuschüsse für die Professionelle Zahnreinigung**. Die Krankenkassen beschränken jedoch die Anzahl der Behandlungen im Jahr, für die sie einen Zuschuss gewähren. Außerdem ist die Höhe der Zuschüsse unterschiedlich.



Manche Kassen übernehmen die Kosten nur, wenn spezielle Vertragszahnärzte für die Behandlung aufgesucht werden. Andere Kassen belohnen die Professionelle Zahnreinigung als Gesundheitsvorsorge über das Bonusprogramm. Es gibt aber auch Kassen, die einen direkten Zuschuss zu den Kosten anbieten. Versicherte sollten vor der Behandlung prüfen, welche Kosten übernommen werden.

Alternative Arzneimittel als Satzungsleistungen können für den ein oder anderen interessant sein. Einzelne Krankenkassen übernehmen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige, aber apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Phytotherapie und Anthroposophie bis zu einem bestimmten Festbetrag.

Osteopathie

Einige Kassen gewähren seit 2012 auch Leistungen von Osteopathen als Satzungsleistung. Die Osteopathie ist eine manuelle Therapie, die den ganzen Menschen im Blick hat und beispielsweise bei Gelenk- und Rückenproblemen oder Kopfschmerzen eingesetzt wird. Es empfiehlt sich, die Satzung der Krankenkasse genau zu studieren, um zu erfahren, welche Leistungen für Osteopathie die Kasse anbietet. Während einige Kassen die Anzahl der Sitzungen und den Jahreshöchstzuschuss beschränken, wollen andere Kassen neben der Jahreszuschussgrenze nur einen bestimmten prozentualen Teil der Kosten für die einzelnen Sitzungen erstatten. Als weitere Voraussetzung haben die Kassen festgelegt, dass der behandelnde Therapeut eine bestimmte Qualifikation nachzuweisen hat oder Mitglied in einem von der Kasse benannten Verband sein muss.

Tipp: Weitere Informationen und Beratung bieten die gesetzlichen Krankenkassen.

Außerdem ist in jedem Fall eine unabhängige Beratung empfehlenswert – etwa in einer Beratungsstelle der Verbraucherzentralen.