

ZUR KASSE GEBETEN

Magengrippe, Beinbruch, Krebsvorsorge – dafür kommen alle Krankenversicherungen auf. Bei defekten Silikonkissen oder einem Burnout-Syndrom wird es schon komplizierter. Wer zahlt eigentlich was? Antworten auf die wichtigsten Fragen

Warum sind die Tarife in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung eigentlich so unterschiedlich?

Weil sie andere Rechtsgrundlagen haben. Bei den gesetzlichen Kassen: Basis ist das Solidaritätsprinzip (verankert im Sozialgesetzbuch): Die Gesunden helfen den Kranken, Beiträge richten sich nach dem Einkommen, nicht-berufstätige Ehepartner und Kinder sind kostenlos mitversichert (Familienversicherung). Bei den privaten Krankenversicherungen: Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Beiträge richten sich nach Alter, Geschlecht, Risikofaktoren und vereinbarten Leistungen. Kostenlose Mitversicherung gibt es nicht. Schon für ein Baby werden etwa 100 bis 200 Euro pro Monat fällig. Beamte, z. B. Lehrerinnen, zahlen weniger.

Kann meine Krankenkasse Pleite machen?

Ja, wenn sie auf Dauer mehr für ihre Versicherten ausgibt als einnimmt. Dann kann die zuständige Aufsichtsbehörde ein Insolvenzverfahren einleiten oder die Kasse ganz schließen. Sie müssten sich eine neue Krankenkasse suchen, haben aber weiterhin Anspruch auf alle Leistungen wie ambulante oder stationäre Behandlung. Private Krankenversicherer haben die Auffanggesellschaft Medicator AG gegründet. Sie sorgt bei einer Insolvenz dafür, dass Mitglieder versorgt sind und von anderen Krankenversicherungen aufgenommen werden.

Habe ich Nachteile, wenn sich meine Krankenversicherung mit einer anderen zusammenschließt?

Nein, zumindest keine gravierenden. Bei den gesetzlichen Kassen sind etwa 95 Prozent aller Leistungen einheitlich geregelt. Ausnahme: bestimmte Zusatzleistungen wie z. B. Reiseimpfungen, besondere Patientenschulungen oder Bonusprogramme. In der privaten Krankenversicherung bleiben die einmal vereinbarten Leistungen unverändert weiter bestehen.

Darf ich meine Krankenversicherung jederzeit wechseln?

Ja, wenn Sie seit mindestens 18 Monaten Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Kündigungsfrist: zwei Monate zum Monatsende. Bei Privatversicherten ist ein Wechsel nur mit neuer Gesundheitsprüfung möglich. Kündigungsfrist: drei Monate zum Ende des Versicherungsjahres. Damit sollte man aber warten, bis die Annahmestätigung des neuen Versicherers vorliegt.

Ist eine andere Kasse für mich besser, wenn meine einen Zusatzbeitrag erhebt?

Diese Frage dürfte sich jetzt kaum stellen: Fast alle gesetzlichen Krankenkassen wollen und können 2012 auf einen Zusatzbeitrag verzichten, so das Ergebnis einer Umfrage von Stiftung Warentest.

Wie lassen sich Leistungen am besten vergleichen, z. B. für Alternativ-Behandlungen wie Homöopathie oder TCM, Zahnersatz, Impfungen oder Kuren?

Bei klassischen Behandlungen zahlen gesetzliche Kassen fast immer das Gleiche. Für alternative Methoden werden Kosten nur übernommen, wenn entsprechende Zusatzleistungen angeboten werden und die betreffenden Ärztinnen oder Ärzte von den Kassen zugelassen sind. Einen guten Überblick bietet die Stiftung Warentest (www.test.de) im Produktfinder „gesetzliche Krankenkassen“. Bei Privatversicherern bestehen zwischen einzelnen Tarifen große Unterschiede. Ein direkter, neutraler Vergleich ist nur mit guter Software möglich, die einiges kostet. Damit arbeiten z. B. Versicherungsmakler.

Unter welchen Voraussetzungen kann ich überhaupt in die private Versicherung wechseln?

Selbständige oder Freiberufler/innen haben jederzeit die Möglichkeit – mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten. Angestellte müssen mit ihrem Bruttojahreseinkommen ein Jahr lang über der Versicherungspflichtgrenze von 50 850 Euro liegen.

Komme ich aus der privaten in eine gesetzliche Krankenkasse zurück, falls ich irgendwann weniger Geld verdienen sollte?

Grundsätzlich ja, wenn Ihr Bruttoeinkommen im Monat auf weniger als 4237,50 Euro sinkt, sei es durch Arbeitslosigkeit, Gehaltskürzung oder Teilzeitjob. Aber Achtung: Sollten Sie sich von der Versicherungspflicht befreien lassen und privatversichert bleiben, kommen Sie später auch bei geringem Einkommen nicht mehr in eine gesetzliche Kasse zurück. Und wenn Sie älter als 55 sind, können Sie dieses Thema sowieso vergessen.

Zahlt jeder Versicherer alles, wenn ich mal Kinder haben will?

Die gesetzlichen Kassen übernehmen neben der ärztlichen Betreuung z. B. auch einen Geburtsvorbereitungs- oder einen Rückbildungskurs, Kosten für eine Begleitperson, wenn das Kind ins Krankenhaus muss, oder in Sonderfällen auch für eine Haushaltshilfe. Bei Vorsorge-Untersuchungen fällt keine Praxisgebühr an, bei Rezepten keine Zuzahlung. Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 Euro pro Tag. Die Differenz zum Nettoeinkommen zahlt in der Regel der Arbeitgeber. Privat versicherte Frauen bekommen für die 14 Wochen Mutterschutz nur 210 Euro vom Bundesversicherungsamt sowie einen Zuschuss vom Arbeitgeber in Höhe des Nettoeinkommens minus 13 Euro pro Tag. Die Kosten für Schwangerschaft und Entbindung werden übernommen, der genaue Umfang solcher Leistungen ist allerdings in den individuellen Tarifen geregelt.

Wer zahlt für eine künstliche Befruchtung?

Falls ein Ehepaar auf anderem Wege keine Kinder bekommen kann, übernehmen gesetzliche Kassen 50 Prozent der Kosten einer vorab genehmigten Behandlung – vorausgesetzt, die Frau ist noch nicht 40, der Mann noch nicht 50 Jahre alt. Privatversicherte müssen nachweisen, dass sie selbst (und nicht etwa der Partner) „fortpflanzungsunfähig“ sind. Wenn es sich um eine anerkannte Methode handelt und Aussicht auf Erfolg besteht (z. B. bis zum 40. Lebensjahr der Frau), kommen die Gesellschaften in der Regel für die Kosten auf.

Lohnen sich Billigtarife?

Nein, auf keinen Fall. Das Leistungsniveau liegt hier oft unter dem der gesetzlichen Kassen. Privatversicherte mit einem Billigtarif müssen viel selbst bezahlen, und in späteren Jahren kann es passieren, dass die Beiträge dann erheblich steigen. ▶

Meine gesetzliche Kasse bietet Tarife mit Selbstbehalt oder Prämienzahlung an: Ist das sinnvoll?

Das lässt sich pauschal nicht beantworten. Der **Wahltarif mit Selbstbehalt** läuft über drei Jahre. Für diese Zeit verpflichten Sie sich, einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhalten Sie eine Prämie. Ihr finanzielles Risiko: Der Selbstbehalt ist höher als dieser Bonus. Wer also öfter zum Arzt muss oder mehr Medikamente braucht als gedacht, zahlt schon mal drauf. Bei einem **Wahltarif mit Prämienzahlung** bekommen Sie bis zu einem Monatsbeitrag zurück, wenn Sie ein Jahr lang keine medizinische Leistung in Anspruch nehmen. Wer zum Arzt muss, erhält kein Geld, hat aber sonst keine Nachteile. Nur Früherkennungs- und Vorsorge-Untersuchungen sind immer ohne Prämienverlust erlaubt.

Warum gibt es so viele gesetzliche Krankenkassen? Entstehen da nicht hohe Verwaltungskosten?

Bereits im 18. Jahrhundert entstanden Selbsthilfvereine einzelner Berufszweige, die Beschäftigte im Krankheitsfall finanziell unterstützten. Daraus wurden später die Krankenkassen – 1367 im Jahr 1993, nach der Gesundheitsreform waren es noch knapp 150. Und die Verwaltungskosten sind überschaubar – zumindest nach offiziellen Angaben der gesetzlichen Kassen. Danach lag der Anteil in 2010 bei 5,4 Prozent. Ergebnisse einer aktuellen Studie von A. T. Kearney, nach der diese Quote im öffentlichen Gesundheitssystem höher liegen dürfte, werden u. a. von der Verbraucherzentrale schon aus methodischen Gründen angezweifelt.

Wie sieht es mit Vorsorge-Untersuchungen aus – sind die Bedingungen überall gleich?

Die Krankenkassen müssen bestimmte Maßnahmen ohne Zuzahlung bzw. ohne Praxisgebühr übernehmen, z. B. die Krebs-Früherkennung, den Check-up 35 oder zweimal jährlich die Kontrolle beim Zahnarzt. Einige Kassen zahlen einen jährlichen Gesundheits-Check für über 35-Jährige (sonst alle zwei Jahre). Auch die Hautkrebs-Früherkennung, eigentlich ab 35, wird manchmal früher angeboten. *Gesetzlich festgelegte Vorsorge-Untersuchungen zahlen auch die Privaten: Krebsvorsorge bei Frauen ab 20 und bei Männern ab 45, alle zwei Jahre eine Herz-/Kreislauf-Untersuchung ab dem 35. Lebensjahr, Nieren- und Diabetes-Untersuchung und eine Vorsorge-Untersuchung für Kinder bis zu sechs Jahren. Sonst ist alles individuell geregelt.*

Nackte Zahlen

Beitragsbemessungsgrenze

für gesetzlich Krankenversicherte: 45 900 Euro oder 3825 Euro monatlich. Oberhalb dieser Grenze bleiben die Beiträge der Krankenkassen gleich. Selbständige werden nach ihrem tatsächlichen Verdienst oder einem fiktiven Mindesteinkommen (monatlich 1916 Euro) eingestuft.

Versicherungspflichtgrenze:

Mindestens 50 850 Euro Bruttojahreseinkommen oder 4237,50 Euro pro Monat sind Voraussetzung, wenn man von einer gesetzlichen Kasse in die private Krankenversicherung wechseln will.

Unsere Expertinnen:

Sabine Baierl-Johna, Projektleiterin bei der Stiftung Warentest, Berlin
Helma Sick, unabhängige Finanzberaterin in München

Werden die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung übernommen, z. B. bei Burnout-Syndrom oder Bulimie?

Ja, sofern Ärzte und Psychotherapeuten eine Zulassung besitzen, mit anerkannten Verfahren wie z. B. der Verhaltenstherapie arbeiten und die Behandlung von Burnout oder Bulimie befürworten. *In welchem Umfang die Kosten für eine Psychotherapie (ambulant oder stationär) übernommen werden, hängt bei Privatversicherten vom Leistungsumfang des Tarifs ab. Und es kommt auf die Diagnose an: Bulimie ist als Krankheit anerkannt, Burnout wird meist als Depression behandelt.*

Brauche ich für Auslandsreisen eine Extra-Krankenpolice?

Nicht unbedingt, wenn Sie in ein EU-Land reisen oder in einen Staat, mit dem Deutschland ein Sozialversicherungs-Abkommen unterzeichnet hat, z. B. die Türkei. Erstattet werden nur die vor Ort üblichen Kosten für eine Notfallbehandlung (nicht bei Privatärzten!). *Mögliche Mehrkosten können Sie durch eine private Zusatzversicherung ausgleichen, mit der Sie auch einen eventuell notwendigen Rücktransport absichern. Solche Kosten werden je nach Tarif von privaten Krankenversicherungen übernommen – weltweit.*

Werden Impfungen für Fernreisen bezahlt?

Dies gehört zwar nicht zur Leistungspflicht gesetzlicher Kassen, aber fast die Hälfte von ihnen zahlt, wenn die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Institutes dies empfiehlt. *Auch Privatversicherer akzeptieren übliche Impfungen. Eine Malaria-Prophylaxe wird meist weder von gesetzlichen noch von privaten Kassen übernommen.*

Kann ich ohne zusätzliche Kosten ein zweite oder auch dritte Arzt-Meinung einholen?

Sie können mehrere Fachärzte im Quartal aufsuchen, müssen aber mehrmals die Praxisgebühr entrichten. *Privatpatienten sollten solche Arztbesuche unbedingt vorher mit dem Versicherer absprechen.*

Gibt es auch für Patchwork-Familien und bei gleichgeschlechtlichen Ehepaaren eine beitragsfreie Mitversicherung?

Ja. Bei Patchwork-Familien, wenn Stiefkinder mit dem Kassenmitglied zusammenleben. Und bei gleichgeschlechtlichen Partnern einer eingetragenen Lebensgemeinschaft, wenn sie nicht berufstätig sind, als Minijobber arbeiten oder monatlich nicht mehr als 365 Euro bekommen, z. B. als Rente.

Bin ich als Mitglied einer Krankenkasse dann auch automatisch pflegeversichert?

Im Prinzip schon, allerdings zahlen Sie dafür zur Zeit jeden Monat noch zusätzlich 1,95 Prozent Ihres Einkommens (Beitragsbemessungsgrenze: 3825 Euro) bzw. 2,2 Prozent, wenn Sie älter als 23 und kinderlos sind. *Privat Krankenversicherte sind verpflichtet, auch eine private Pflegeversicherung abzuschließen.*

Wenn meine Tochter im Ausland studiert – kann sie sich in Deutschland trotzdem gesetzlich krankenversichern?

Ja, sofern es sich um einen EU-Staat handelt oder um ein Land, mit dem ein Sozialversicherungs-Abkommen besteht. *Für ein Studium in allen anderen Ländern, z. B. auch in den USA, müsste sich Ihre Tochter privat krankenversichern.*

Stimmt es, dass eine private Krankenversicherung im Rentenalter quasi unbezahlbar wird?

Keine Frage, die Beiträge der Privaten steigen normalerweise mit zunehmendem Alter der Versicherten. Um das abzufuffern, gibt es aber Beitragsrückstellungen. Angeboten werden außerdem Zusatztarife für niedrigere Beiträge im Rentenalter, ein Basistarif, der in etwa den Leistungen der gesetzlichen Kassen entspricht, und ein Standardtarif für Rentnerinnen und Rentner, die bereits vor 2009 privat versichert waren.

Wenn ich meine Privatversicherung wechsele, nehme ich die Alterungsrückstellungen mit?

Teilweise ja, aber nur bei Verträgen, die ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden.

Bezahlen die Kassen auch für das, was ich selbst verursacht habe – z. B. ein Tattoo, das ich wieder loswerden will, oder eine Schönheits-OP, bei der ein minderwertiges Brustimplantat eingesetzt wurde?

Die Entfernung eines Tattoos ist für alle reine Privatsache. Bei medizinischen Folgekosten, z. B. weil nach einer Schönheits-OP ein schadhaftes Silikonkissen ausgetauscht werden muss, sind die Kassen verpflichtet, Sie angemessen zu beteiligen. Manchmal wird aber auch alles übernommen. Nachfragen lohnt sich. *Als Privatversicherte kommen Sie bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung ohne Zahlung davon, und zwar auch dann, wenn ein Brustimplantat entfernt werden muss – aus welchen Gründen auch immer.* □

SAGEN SIE MAL, FRAU SICK:

Darf ich mich privat versichern, oder ist das unsolidarisch?

HELMA SICK: Ich finde es nicht unsolidarisch, wenn Sie wechseln, um Geld zu sparen. **Bei den gesetzlichen Krankenkassen herrscht doch auch keine echte Solidarität.** Es heißt zwar: Die Gesunden finanzieren die Kranken, die Reichen die Armen, die Starken die Schwachen. Aber wie sieht die Realität denn aus? Richtig ist: je höher der Verdienst, desto höher der monatliche Beitrag. Aber die Beitragsstaffelung reicht nur bis zu einem Bruttojahreseinkommen von 45 900 Euro. **Wer doppelt oder dreimal so viel verdient, bezahlt auch nicht mehr.** Und ausgerechnet die Gutverdiener (mehr als 50 850 Euro Jahreseinkommen) dürfen aus dieser Solidargemeinschaft aussteigen – obwohl sie das meiste Geld dazu beitragen könnten. In höchstem Maße unsolidarisch und kostenintensiv finde ich auch die **beitragsfreie Familienversicherung.** Warum soll eine Solidargemeinschaft für die nicht-berufstätige Ehefrau eines Direktors einstehen, die vielleicht noch nicht einmal Kinder zu versorgen hat? Ich denke, da gibt es nur eine vernünftige Lösung: die **Bürgerversicherung für alle.** Der Pflichtbeitrag richtet sich nach persönlichem Einkommen und Leistungsfähigkeit. Wer sich besser versichern will, kann private Zusatzversicherungen abschließen.



HELMA SICK,
BRIGITTE-
FINANZ-
EXPERTIN

Noch Fragen zur Krankenversicherung? Charlotte Henkel von der Verbraucherzentrale Hamburg berät Sie **in unserem Online-Forum: www.brigitte.de/krankenversicherung**

