

Drucken
FOCUS-MONEY | Nr. 49 (2011)
GKV

LICHT IM DUNKEL

Mittwoch, 30.11.2011, 00:00 · · von FOCUS-MONEY-Redakteur [Axel Hartmann](#) und FOCUS-MONEY-Redakteur [Thomas Schickling](#)

Gesetzliche Krankenversicherungen liefern nicht nur Pflichtleistungen. Der Raum für die Kür ist groß. Wo Kassenkunden für den Ernstfall umfassend gerüstet sind

Dass viel Auswahl Menschen mehr Freiheit und mehr Wohlstand bringt, ist eine Erkenntnis, der Barry Schwartz nichts abgewinnen kann. Im Gegenteil: Der Professor am Psychologie-Department des Swarthmore College im US-Bundesstaat Pennsylvania ist überzeugt, dass eine große Auswahl an Produkten oder Dienstleistungen Menschen nur unglücklich macht. Seine Argumentation: Selbst wenn jemand aus einer großen Auswahl etwa von Hemden ein passendes Exemplar gefunden hat, bleiben ihm Zweifel, ob es nicht doch eine noch bessere Wahl gegeben hätte. Zu viel Auswahl, so Schwartz, führe auch zu überzogenen Erwartungen. Letztendlich stünden massenweise Kunden vor überfüllten Regalen, ängstlich, eine Entscheidung zu treffen, und seien nicht wirklich glücklich, wenn sie sich dann doch zu einer durchgerungen hätten.

Das von Schwartz postulierte Paradoxon des gelähmten Verbrauchers scheint sich auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hierzulande zu zeigen. Mit 108 der Allgemeinheit offenstehenden Anbietern ist das Portfolio zwar üppig. Viele Versicherte aber bereuen ihre Wahl, wie Studien zeigen. Laut Umfrage der Versicherung Die Continentale sind 2011 rund 35 Prozent der GKV-Versicherten mit Preis und Leistung ihrer Kasse unzufrieden. Erstaunlicherweise hegen jedoch nur 3,8 Prozent der GKV-Mitglieder ein konkretes Wechselinteresse, belegt eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

Das dürfte dran liegen, dass viele glauben, mit dem seit 1. Januar 2009 gültigen Einheitsbeitrag sei auch das Leistungsspektrum der Kassen nivelliert worden. Doch das ist ein Irrglaube. Neben den gesetzlichen Leistungen differieren AOK & Co. weiterhin etwa im Service, bei Versorgungsverträgen mit Ärzten und Kliniken oder dem Spektrum alternativer Medizinleistungen.

Breite Basis. Doch welche Kasse hat das umfassendste Angebot? Antwort auf diese Frage gibt Deutschlands größter Krankenkassen-Test. Zum sechsten Mal prüfte FOCUS-MONEY zusammen mit dem Portal Gesetzlichekrankenkassen.de und dem Deutschen Finanz-Service Institut die für die Allgemeinheit geöffneten Kassen auf Herz und Nieren. Mit Hilfe eines mehr als 300 Detaildaten umfassenden Fragebogens sollten AOK & Co. Auskunft über ihr Leistungsspektrum geben. Von den 108 kontaktierten Kassen schickten bis zum Stichtag 7. November 2011 insgesamt 65 den Bogen ausgefüllt zurück.

Was die Befragung angeht, wurde im Vergleich zur Vorjahres-Analyse (s. FOCUS-MONEY Heft 49/10) die Kategorie „Zähne“ neu in den Test aufgenommen. Denn: Immer mehr Gesetzliche bieten der Mitglieder-Gemeinde vergünstigten Zahnersatz oder einmal pro Jahr eine professionelle Zahnreinigung bei kooperierenden Zahnärzten. In zwei Sonderauswertungen wurden darüber hinaus die Kassen mit dem umfangreichsten Paket in puncto Prävention (s. S. 99) und der besten Reputation aus Sicht der Ärzteschaft („Doktors Liebling“, S. 100) ermittelt.

Das Ergebnis: Wie in den Jahren zuvor landete die Techniker Krankenkasse im Gesamtranking auf Platz eins (s. Tabelle S. 86/87). Damit sicherte sie sich zum sechsten Mal in Folge die Krone. Auf den Plätzen zwei und drei landeten die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) und die Securvita Krankenkasse. Den Sieg im Gesamtklassement verdankt die TK ihrer guten Positionierung quer durch alle Teilbereiche. In den drei Disziplinen „Besondere ambulante/integrierte Versorgung“, „Wahltarife“ und „Transparenz“ setzten sich die Hanseaten sogar an die Spitze.

Einfacher Wechsel. Wer zu einer anderen gesetzlichen Versicherung wechseln möchte, hat alle Freiheiten. Vorausgesetzt, er ist mindestens seit 18 Monaten bei seiner aktuellen Kasse versichert. Dann kann er mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen. Eine formlose [Kündigung](#) und das Ausfüllen des

Aufnahmeantrags bei der neuen Kasse reichen. Eine Gesundheitsprüfung wie bei der Aufnahme in die private Krankenversicherung gibt es nicht. Erhebt die Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen oder senkt sie die ausgezahlte Beitragsprämie, greift ein Sonderkündigungsrecht. So kann ihr der Kunde schon vor Ablauf der Mindestvertragsdauer von 18 Monaten mit zwei Monaten Frist den Rücken kehren. Über die Veränderung des Zusatzbeitrags beziehungsweise der Prämie muss die Kasse vier Wochen im Voraus informieren. Achtung: Ausgenommen vom Sonderkündigungsrecht sind Versicherte, die sich freiwillig in einen Wahltarif mit Krankengeld eingeschrieben haben. Alle anderen jedoch können von dem Recht Gebrauch machen, auch wenn sie einen Wahltarif etwa mit Selbstbehalt oder besonderen Versorgungsformen abgeschlossen haben. Offen steht ihnen dann jede Kasse, die im Bundesland des Wohn- oder Arbeitsorts geöffnet ist. Sollte nach der Kündigung der aktuellen Kassen innerhalb der Wechselfrist kein neuer Anbieter gefunden sein, läuft die Versicherung bei der bisherigen Kasse weiter.

Überforderung bei der Auswahl sollte dank des aktuellen FOCUS-MONEY-Tests dann allerdings kein Argument mehr für eine Zeitüberschreitung sein.

BEITRAG/FINANZSTÄRKE

Gut bei Kasse

Am 31. Dezember schließen sich bei der Betriebskrankenkasse für Heilberufe die Tore. Rund 113 000 Versicherte sind dieser Tage gezwungen, sich eine neue Kasse zu suchen. Nach der City BKK, die am 1. Juli 2011 geschlossen wurde, ist die 1993 etablierte und seit 1997 bundesweit geöffnete BKK für Heilberufe die zweite gesetzliche Kasse, die in diesem Jahr auf Grund finanzieller Nöte die Segel streicht.

Seit Januar 2010 musste die in Düsseldorf ansässige Kasse einen Zusatzbeitrag verlangen, um einen ausgeglichenen Haushaltsplan ausweisen zu können. Binnen zwölf Monaten kehrten daraufhin gut 100 000 Versicherte dem Anbieter den Rücken. Versuche, die Struktur nachhaltig zu verbessern oder einen Fusionspartner zu finden, waren erfolglos, sodass angesichts eines zu erwartenden Verlusts von 26,5 Millionen Euro im Jahr 2011 in letzter Konsequenz nur die Schließung übrig blieb.

Die Beispiele von City und Heilberufe BKK zeigen: Wer ein langfristiges, stabiles Versicherungsverhältnis sucht, der sollte bei der Wahl der Kasse neben dem Leistungsangebot auch die finanziellen Kennzahlen im Blick haben. Aus Kundensicht mag ein Aufschlag in Form eines Zusatzbeitrags zwar durchaus hinnehmbar sein, wenn es bei der betreffenden Kasse etwa im Gegenzug für den individuellen Bedarf besonders sinnvolle Leistungen wie z. B. einen passenden Versorgungsvertrag für eine chronische Erkrankung gibt. Er bleibt jedoch ein Warnsignal dafür, dass die Finanzen nicht im Lot sind.

Zwar blieb bislang ein Zusatzbeitrag auf breiter Front aus – zum Zeitpunkt des diesjährigen FOCUS-MONEY-Kassentests verlangten neun Kassen eine Extrazahlung -, und laut Krankenkassen.de garantieren immerhin 50 Kassen auch für 2012, ohne Zusatzbeitrag auszukommen. Die finanzielle Lage im Gesundheitssystem wird sich jedoch in Zukunft kaum entspannen, sorgen doch unter anderem demografische Verschiebungen und medizinischer Fortschritt für einen stetigen Anstieg der Ausgaben.

Um über den für jedermann sichtbaren Zusatzbeitrag – oder im angenehmeren Fall die sichtbare Beitragsprämie – hinaus noch einen tieferen Einblick in die Kassenlage bei [den Versicherungen](#) zu bekommen, hat FOCUS-MONEY zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) in Köln im Juni dieses Jahres anhand weiterer Kennziffern die Finanzkraft gecheckt. Untersucht wurden Nettovermögen, Liquidität, Beitragsentwicklung, Mitgliederentwicklung, Verwaltungskosten je Mitglied und Transparenz (u. a. Veröffentlichung von Geschäftsberichten im Web). Neun Kassen erhielten in der Untersuchung ein „Sehr gut“, weitere sechs Anbieter ein „Gut“, was ihnen die Gesamtbewertung „finanzstark“ einbrachte.

So wurde bewertet: 20 Punkte gab es für die Kassen, die im FOCUS-MONEY-Test ein „Gut“ oder „Sehr gut“ bei der Finanzstärke erhielten und die keinen Zusatzbeitrag verlangen. Zehn Punkte gingen an Kassen, die ohne Zusatzbeitrag auskommen, jedoch nicht als finanzstark eingestuft wurden. Wird eine Beitragsprämie gezahlt, gab es unabhängig von deren Höhe fünf Extrapunkte. Versicherer mit Zusatzbeitrag gingen leer aus.

maximale Punktzahl:

25,00

SERVICE

Kompetent beraten

Treffende, schnelle Diagnosen sind das A und O in der Medizin. Kompetente Antworten bei Fragen zur Gesundheit dulden daher keinen Aufschub. Kassen mit Top-Service informieren daher die Rat suchende Klientel nur mit Sozialversicherungsfachkräften und Medizinerinnen aller Fachrichtungen an Service-Hotlines rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.

Und damit Vorsorgetermine für Kinder und Erwachsene nicht in Vergessenheit geraten, machen einige Kassen ihre Klientel mit einem kostenlosen „Erinnerungsservice“ via Telefon, Brief oder Mail darauf aufmerksam. Nicht nur dies: Bekommt der Kassenkunde partout keinen zeitnahen Termin bei seinem Haus- oder Facharzt, nimmt sich ein „Termin-Service“ der Krankenkasse der Sache an.

Selbst beim Thema [Urlaub](#) sind serviceorientierte Kassen bestens positioniert. Mittels einer Auslands-Notfallhotline beraten sie erkrankte Mitglieder 24 Stunden am Tag – die ganze Woche über. Fachkräfte nennen den Patienten am Telefon etwa den nächsten deutsch- oder englischsprachigen Arzt inklusive der nächstgelegenen Klinik. Auch unterstützen sie die Versicherten bei Verständigungsschwierigkeiten mit den fremdsprachigen Medizinerinnen, stellen den Kontakt zum deutschen Haus- oder Facharzt her und übermitteln Infos zu Vorerkrankungen und Risiken des Patienten zwischen den Ärzten.

So wurde bewertet: In die Wertung flossen die Angebote der Service-Hotline (allgemeine Fragen zur Krankenkasse und zur Mitgliedschaft) und der Medizin-Informations-Hotline (Beantwortung medizinischer Fragen), das Geschäftsstellennetz, Online-Filialen, Reha-Beratung, Arzttermin-Service, Versorgungsmanagement, Vorsorgeerinnerungsservice, Auslands-Notfallservice sowie das Behandlungsfehler-Management ein.

Punkte für das Servicetelefon ergaben sich aus der Multiplikation der Wochenstunden, zu denen die Hotline zu erreichen ist, und dem Faktor der Qualität der Berater am Telefon. Handelt es sich ausschließlich um Sozialversicherungsfachangestellte, wurde der Faktor zwei angesetzt. Sitzen überwiegend Fachkräfte am Hörer, beträgt der Faktor 1,5. Sind kaum Experten im Kundenkontakt, beträgt der Multiplikator eins. Die so ermittelten Punkte wurden logarithmiert und mit vier multipliziert. Bei der Info-Hotline wurde die Zahl der Wochenstunden, zu denen sie erreichbar ist, logarithmiert und mit vier multipliziert. Für das Vorhandensein eines institutionalisierten Managements von durch Kunden angezeigten Behandlungsfehlern, einer Online-Filiale (passwortgeschützter Bereich im [Internet](#) für Kunden), eines Versorgungsmanagements (individuelle Beratung Schwerkranker durch Fachpersonal), einer Reha-Beratung (durch geschulte Reha-Berater), einer Vermittlung von Arztterminen, eines Vorsorgeerinnerungsservice sowie eines Auslands-Notfallservice via Telefon gab es je einen weiteren Punkt.

Der Punktwert für das Filialnetz ergab sich aus der Division der Zahl der Geschäftsstellen durch die der Bundesländer, in denen die jeweilige Kasse geöffnet ist, mal 100 und anschließender Logarithmierung des Ergebnisses und dies multipliziert mit drei.

maximale Punktzahl:

39,20

WAHLTARIFE

Gesunde Verhältnisse

Im Vertrauen auf ihre Fitness können Vitale mit den Wahlтарifen „Selbstbehalt“ und „Beitragsrückerstattung“ Beiträge reduzieren.

Selbstbehaltтарife stehen sowohl Pflichtals auch freiwillig Versicherten offen. Sie sind aber stets nach Einkommen gestaffelt. Wer zum Selbstbehalt greift, verpflichtet sich je nach Kasse, bis zu einer gewissen Summe pro Jahr Ausgaben etwa für Arztbesuche, Medikamente oder Hilfsmittel selbst zu zahlen. Im Gegenzug überweist die Kasse dem Mitglied zum Jahresbeginn abhängig von der jeweiligen Tarifvariante einen bestimmten Betrag. Bleibt der Kunde gesund, kann er sich über eine Prämie von bis zu 600 Euro freuen. Werden aber des Öfteren im Jahresverlauf Leistungen fällig, legt er je nach Kasse maximal 600 Euro drauf.

Misslich ist zudem, dass sich GKV-Versicherte mit dem Selbstbehalt drei Jahre an die Kasse binden müssen. Dafür werden Früh- und Vorsorgeuntersuchungen sowie von der Ständigen Impfkommission empfohlene Schutzimpfungen auf den Selbstbehalt nicht angerechnet. Gleiches gilt in der Regel für Arzt- und Zahnarztbesuche ohne Verordnungen. Auch Leistungen für den beitragsfrei mitversicherten Nachwuchs unter 18 Jahren bleiben generell unberücksichtigt.

Bei der Beitragsrückerstattung kassiert der GKV-Kunde je nach Kasse maximal ein Zwölftel des Jahresbeitrags samt Arbeitgeberanteil, wenn er binnen zwölf Monaten der Kasse keine Kosten verursacht. Ausgenommen von dieser Regelung sind Leistungen analog zum Selbstbehalt. Wer zur Beitragsrückerstattung greift, geht kein finanzielles Risiko ein, da die Kasse bei Krankheit die Behandlungskosten weiterhin trägt. Zudem liegt die Bindungsfrist nur bei einem Jahr.

Bei dem Wahltarif „variable Kostenerstattung“ genießen gesetzlich Versicherte quasi Privatpatienten-Status. Der Kassenkunde rechnet direkt mit den medizinischen Leistungserbringern ab. Der Hausarzt etwa behandelt ihn auf Rechnung, die er zunächst aus eigener Tasche begleichen muss und erst im Anschluss bei der Kasse einreichen kann.

Beim Wahltarif „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ erstattet die Krankenkasse Kunden bis zu einer bestimmten Grenze pro Jahr auch nicht verschreibungspflichtige homöopathische, anthroposophische oder phytotherapeutische Medikamente. Dafür erhebt sie eine Zusatzprämie.

So wurde bewertet: Jeweils drei Punkte gab es für das Angebot von Selbstbehalttarifen, Beitragsrückerstattungstarifen, Tarifen für variable Kostenerstattung, Tarifen für die Übernahme der Kosten für spezielle Arzneimittel und der Kombinationsmöglichkeit aus Tarifen (z. B. Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung). Bei Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung gab es je einen Extrapunkt, wenn ein entsprechender Tarif ohne Verpflichtung zum Kostenerstattungsverfahren (Patient geht in Vorleistung und bekommt erstattungsfähige Anteile der Rechnung von der Kasse zurückgezahlt) gewählt werden kann und Leistungen für Kinder und mitversicherte Partner nicht auf den Selbstbehalt angerechnet werden oder die Rückerstattung gefährden.

Bei Krankengeldtarifen konnte ein Punkt für das grundsätzliche Angebot eines Tarifs für Selbstständige erzielt werden. Ist eine die Höhe des gesetzlichen Krankengelds übersteigende Leistung vereinbart, gab es einen weiteren Punkt, ebenso wenn auch eine Kombination aus Wahlтарifen (z. B. gesetzliches Krankengeld auf Basis des allgemeinen Beitragssatzes plus weiteres Tagesgeld) möglich ist.

maximale Punktzahl:

24,00

BONUS-/VORTEILSPROGRAMME

Profit mit Punkten

Prävention schreiben AOK & Co. ganz groß. So zahlen die Kassen etwa Früh- und Vorsorge-Checks für Erwachsene im Bereich Krebs, Nieren und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vorsorgeuntersuchungen gibt es auch für Kinder, etwa die Früherkennungs-Checks U1 bis J1. Wer als Mitglied an solchen Maßnahmen teilnimmt, spart sich nicht nur die Praxisgebühr, sondern erntet im Rahmen von Bonusprogrammen bei vielen Kassen sogar Punkte, die gegen Geld- und Sachprämien eintauschbar sind. Jede Kasse kann in ihren Satzungen autark bestimmen, was die Klientel tun muss, um eine Belohnung zu kassieren. Zudem dürfen die Gesetzlichen frei entscheiden, ob beitragsfreie Familienangehörige des Versicherten auch am Bonusprogramm teilnehmen dürfen, es die Möglichkeit gibt, Prämien auf einem Familienkonto zu sammeln, oder gar Bonuspunkte ins Folgejahr übertragbar sind. All dies sind Kriterien, die neben monetären Möglichkeiten über die Qualität eines Bonusprogramms bestimmen.

Finanzielle Anreize setzen neben den Bonus- auch sogenannte Vorteilsprogramme. Bei diesen verpflichten sich Versicherte etwa, nur bestimmte [Apotheken](#) aufzusuchen, zu Generika statt Markenarzneien zu greifen oder Zahnersatz ausschließlich bei kooperierenden Zahnärzten der jeweiligen Kasse fertigen zu lassen. Im Gegenzug reduzieren die Krankenkassen etwa die entsprechenden gesetzlichen Zuzahlungen ihrer Klientel.

So wurde bewertet: Verteilt eine Krankenkasse an Kunden, die sich in ein Bonusprogramm eingeschrieben

haben, Geldprämien für die Teilnahme an Präventionskursen, am Gesundheits-Check-up, an der Krebsfrüherkennung, an der Hautkrebsfrüherkennung, an der jährlichen Zahnvorsorge, an Schutzimpfungen, an Vorsorgeuntersuchungen während der [Schwangerschaft](#), an einer Raucherentwöhnung (alternativ Nichtraucherstatus), die Inanspruchnahme einer professionellen Zahnreinigung, die Mitgliedschaft im Sportverein, die Mitgliedschaft in einem [Fitnessstudio](#), den Nachweis normalen Gewichts sowie der Teilnahme an weiteren Aktionen, so gab es dafür je einen Punkt.

Die Summe dieser Punkte wurde mit dem Bonusvorteil multipliziert. Dazu wurde die maximal mögliche Bonuszahlung im Jahr für einen Erwachsenen (die jährlich wiederholbar ist) ins Verhältnis zu den dafür notwendigen bonifizierten Maßnahmen gesetzt und anschließend logarithmiert. Können beitragsfrei Mitversicherte ebenfalls Boni sammeln, so gab es zwei weitere Punkte.

Bei den Vorteilsprogrammen gingen in die Wertung die Reduktion von Zuzahlungen bei der Nutzung bestimmter Apotheken, Generika, Hilfsmittel und Zahnersatzersteller sowie pauschal weitere darüber hinausgehende Vorteilsprogramme ein. Je Vorteil gab es einen Punkt. Die Punktzahl wurde anschließend mit 1,25 malgenommen.

Die Gesamtpunktzahl wurde ermittelt aus der Summe der Punkte für das Bonusprogramm und die für das Vorteilsprogramm, dividiert durch zwei.

maximale Punktzahl:

15,14

ALTERNATIVE MEDIZIN

Brücke zur Schulmedizin

Mehr als drei Viertel der Deutschen fürchten sich vor Nebenwirkungen konventioneller Medikamente – und greifen daher lieber zu Mitteln der Naturheilkunde. Zu diesem Ergebnis kommt die Bertelsmann-Stiftung im Rahmen einer aktuellen Befragung über Therapietreue (Compliance) von Patienten.

Dass Naturheilverfahren in manchen Bereichen effizienter als die Schulmedizin sein können, haben Studien längst bewiesen. Für alternative Heilmethoden übernehmen daher Kassen unter bestimmten Voraussetzungen auch die Behandlungskosten. Naturheilverfahren gehören – mit Ausnahme der [Akupunktur](#) – zu den freiwilligen Satzungsleistungen der Gesetzlichen. Viele Kassen zahlen einen Großteil der Kosten für Entspannungs- und Bewegungstechniken wie [Yoga](#). Nicht zuletzt, da Yoga nach Aussagen von Medizinern am US-Uniklinikum Kansas bei Patienten mit Herzflimmern zu einer deutlichen Verringerung des unregelmäßigen Herzschlags führt und zudem Ängste reduziert. Auch anthroposophische Therapien mit Mistelpräparaten bei Krebspatienten und die auf den Mediziner Samuel Hahnemann zurückgehende gut 200 Jahre alte [Homöopathie](#) tauchen in zahlreichen Leistungskatalogen auf.

Vorsicht! Die Kosten für homöopathische Behandlungen erstrecken sich meist nur auf die Erstanamnese beim Arzt. Aufwendungen für homöopathische Arzneien und Folgeanamnesen gehen voll zu Lasten des Versicherten. Auch findet sich bei einigen Krankenkassen die Alternativmedizin im Rahmen der integrierten Versorgung und bei Klinik- und RehaAufenthalten wieder. Wichtig: [Osteopathie](#) (Grifftechniken, mit denen Fachleute nur mit den Händen Blockaden in Gelenken, Muskeln und Weichteilen lösen) erstatten die Kassen in der Regel nicht als isolierte, ambulante Einzelleistung, sondern nur als Bestandteil eines (stationären) Behandlungspakets.

So wurde bewertet: Für 18 alternative Heil- und Medizinverfahren mussten die Kassen angeben, ob sie die Kosten dafür bei ambulanter Leistungserbringung bei allen zugelassenen Ärzten mit entsprechender Zusatzqualifikation auf Versichertenkarte tragen oder nur bei ausgewählten Ärzten. Erfolgt die Kostenübernahme uneingeschränkt bei allen Ärzten, gab es drei Punkte je Verfahren. Gibt es die Behandlung nur bei ausgewählten Ärzten, jedoch im gesamten Versorgungsgebiet der Kasse, wurden zwei Punkte je Verfahren gutgeschrieben. Kann ein Naturheilverfahren nur bei einzelnen Ärzten und regional begrenzt in Anspruch genommen werden, gab es einen Punkt.

Je ein weiterer halber Punkt wurde vergeben, wenn ein alternatives medizinisches Verfahren im Rahmen stationärer Aufenthalte (z. B. Reha-Maßnahme) von der Versicherung gezahlt wird. Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe der Einzelpunkte, geteilt durch drei.

maximale Punktzahl:

22,17

AMBULANTE/INTEGRIERTE VERSORGUNG

Voll verzahnt

Demenz entwickelt sich zur Volkskrankheit. Nach Berechnungen des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité leiden heute 22 Prozent der pflegebedürftigen Männer und etwa 30 Prozent der Frauen unter Demenz – Tendenz steigend. Um Betroffenen eine hochwertige Betreuung zu ermöglichen, haben einige Kassen im Rahmen der „integrierten Versorgung“ (IV) spezielle Behandlungsprogramme für Demenzpatienten aufgelegt. Neben Demenz werden im Rahmen von IVs auch Bluterkrankungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Bandscheibenprobleme oder neurologische Leiden behandelt. Spezielle Therapien mit verbindlich vereinbarten und regelmäßig von den Kassen überprüften Leistungsstandards garantieren dabei eine optimale Verzahnung des stationären (Kliniken, Reha-Einrichtungen) und ambulanten (Haus- und Fachärzte, Krankengymnasten, Apotheken) Sektors. Wer sich für ein koordiniertes Behandlungsprogramm einschreibt, wird vielfach mit der Reduzierung der Praxisgebühr und/oder der Eigenbeteiligung etwa für Arzneien oder Hilfsmittel belohnt.

Alternativ zur integrierten Versorgung können sich Patienten auch in Programme ihrer Krankenkasse zur „besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ einschreiben. Die Kassen schließen hierbei ohne Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen unmittelbar mit einzelnen Fachmedizinern Verträge. Im Gegensatz zur IV bleibt damit der stationäre medizinische Sektor außen vor.

Gegenstand der Verträge kann sowohl die gesamte ambulante Versorgung sein als auch nur einzelne Bereiche davon. Wer sich als Versicherter in einen Tarif zur besonderen ambulanten Versorgung einschreibt, erklärt sich für ein Jahr bereit, lediglich die mit den gesetzlichen Kassen kooperierenden Ärzte zu konsultieren. Dafür hat er die Garantie, bei einem kompetenten Experten aufgehoben zu sein, dem die Kasse unter Umständen auch neue Behandlungsmethoden zahlt.

So wurde bewertet: Für insgesamt 57 ausgewählte Erkrankungen beziehungsweise medizinische Gebiete wurde erfasst, für welche die Krankenkassen Verträge mit Leistungserbringern (z. B. Ärzten oder Kliniken) zur besonderen ambulanten oder integrierten Versorgung abgeschlossen haben. Können Versicherte sich in die entsprechenden Programme im gesamten Versorgungsgebiet der Kasse einschreiben, gab es zwei Punkte. Sind die Verträge nur regional begrenzt, wurde ein Punkt vergeben. Die Gesamtpunktzahl wurde anschließend durch fünf geteilt.

maximale Punktzahl:

22,80

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Breite Wirkung

Wer viel Obst und Gemüse isst, verringert das Risiko koronarer Herzkrankheiten. Dennoch verzehren in Deutschland nur zwölf Prozent der 18- bis 90-jährigen Frauen respektive sechs Prozent der Männer im gleichen Alter die von Ernährungsexperten empfohlenen Mengen. Um Versicherte zu einem gesünderen Lebenswandel zu animieren, locken Kassen diese im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung mit qualitätsgesicherten Gesundheitskursen, etwa im Bereich Ernährung und Bewegung. Dabei übernimmt das Gros der Kassen die Kursgebühren anteilig oder ganz.

Darüber hinaus engagieren sich auch zahlreiche Versicherungen für ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein in Kindergärten, Schulen und Betrieben. Vor Ort werden hier in Kursen, Projekten und Beratungen Themen wie Bewegung, Stress oder auch Suchterkrankungen angegangen.

So wurde bewertet: Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurden in drei Kategorien abgefragt. Bei der individuellen Gesundheitsförderung konnte je ein Punkt erzielt werden für die ganze oder teilweise Kostenübernahme für Kurse zu Qigong, Tai-Chi, Yoga, progressiver Muskelentspannung, autogenem Training,

gesunder Ernährung, Suchtprävention, individueller Bewegung sowie für Gesundheitsreisen. Beim Engagement in Kindergärten und Schulen konnten die Kassen für Programme zu gesunder Ernährung, Bewegung, Sucht, Gewaltprävention und psychischer Gesundheit punkten. Bei den Betrieben schließlich zählten Angebote zur Analyse des Betriebs (z. B. Ermittlung von Krankenständen), zur Eliminierung von Gesundheitsrisiken, zur Burn-out-Prävention, zum Stressmanagement, zur gesunden Mitarbeiterführung, zur gesunden Ernährung, zur Suchtprävention, zur individuellen Bewegung sowie zur Firmenfitness (z. B. Durchführung regelmäßiger Gesundheitstage).

Für jede der genannten Maßnahmen wurde ein Punkt vergeben. In die Gesamtpunktzahl flossen die Punkte der individuellen Gesundheitsförderung voll und die zur Gesundheitsförderung in Schulen, Kindergärten und Betrieben zu je einem Viertel ein.

maximale Punktzahl:

12,50

ZUSATZLEISTUNGEN

Fleißpunkte

Kassenkunden haben Anspruch auf alle Schutzimpfungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen wurden. Manche Kassen gehen weiter und ersetzen Impfleistungen, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen. Selbst für die im jeweiligen Reiseziel von der STIKO empfohlene Impfung übernehmen einige Kassen bei privaten Auslandstrips zu 100 Prozent die Kosten für Impfstoff und Arzthonorar. Auch in anderen Bereichen wird mehr geboten, als das Sozialgesetzbuch vorgibt, etwa was Vorsorgeleistungen oder die Kostenübernahme für Haushaltshilfen angeht.

So wurde bewertet: Je einen Punkt gab es für folgende Leistungen: Bei angeordneter Behandlungspflege zu Hause trägt die Kasse auch die Kosten für Grundpflege und Hauswirtschaft; die Kosten für Haushaltshilfen werden auch übernommen, wenn im Haushalt Kinder leben, die älter als zwölf sind, oder über den gesetzlichen Zeitraum hinaus; es sind Angebote an Vorsorgeuntersuchungen über die gesetzlichen Grundlagen hinaus vorhanden; die Kasse leistet für zusätzliche Impfungen über die gesetzlichen Vorgaben hinaus; es gibt einen Zuschuss für die übrigen Kosten des Versicherten bei medizinischen Vorsorgeleistungen an Kurorten; zur Übernahme der Kosten bei Mitaufnahme eines Elternteil bei stationären Aufenthalten eines Kindes (Rooming-in) wird die medizinische Notwendigkeit dafür bis zu einem bestimmten Alter als automatisch gegeben angesehen; die Kosten für Behandlungen nach der Feldenkrais-Methode werden ganz oder teilweise getragen; Hebammen wird eine Pauschale für die Rufbereitschaft gezahlt; es werden Programme zur Patientenschulung bei speziellen Erkrankungen angeboten. Hinzu kamen je ein Punkt, wenn für Reiseschutzimpfungen der Impfstoff zu 100 Prozent und die Impfleistung zu 100 Prozent getragen werden bzw. einen halben Punkt, wenn beides zumindest anteilig gezahlt wird. Einen Zusatzpunkt gab es für eine kostenlose Auslandsreisekrankenversicherung.

maximale Punktzahl:

12,00

ZAHNVERSORGUNG

Top-Prophylaxe

Zahnzwischenräume und Zahnfleischrand – das sind die Problemzonen. Wo manuelle oder elektrische Bürsten nur unzureichend hinkommen, lagern sich Speisereste und Speichel ab, aus denen sich Zahnbelag bildet. Auf diesem Plaque genannten Nährboden siedeln Bakterien an, welche die Zähne attackieren und Karies oder Parodontitis verursachen können. Doch es gibt eine effiziente Prophylaxe: die professionelle Zahnreinigung beim Zahnarzt. Mit der aufwendigen Prozedur samt Versiegelung der Kauflächen lassen sich weiche wie harte Beläge entfernen. Das hat allerdings seinen Preis: Zwischen 40 und 150 Euro kostet die Rundumpfleger.

Einige Krankenkassen jedoch wissen um die vorbeugende Wirkung der Zahnreinigung und zahlen sie ihren Kunden oder bezuschussen sie zumindest. Um teure Reparaturen am Gebiss zu vermeiden, umfasst das Angebot

vieler Kassen auch noch weitere Leistungen. So gibt es Fachberatungen am Telefon oder besondere Versorgungsverträge mit Zahnärzten. Ist dann doch ein Zahnersatz notwendig, helfen zahlreiche Kassen bei Preisvergleichen oder bieten von sich aus vergünstigte Brücken, Kronen & Co.

So wurde bewertet: Im Bereich Zahnversorgung gab es zwei Punkte für eine kostenlose professionelle Zahnreinigung einmal jährlich für alle Versicherten und einen Punkt, wenn diese nur für Versicherte in bestimmten Versorgungsformen vorgesehen ist. Werden zumindest Zuschüsse zu einer professionellen Zahnreinigung für alle gezahlt, gab es ebenfalls einen Punkt. Hat die Kasse besondere Verträge zur zahnmedizinischen Versorgung abgeschlossen, gab es zwei Punkte, wenn diese im gesamten Versorgungsgebiet gelten, und einen Punkt, wenn dies nur regional begrenzt der Fall ist. Je ein weiterer Punkt wurde gutgeschrieben für einen zahnmedizinischen Beratungsservice, aktiv angebotene Preisvergleiche bei Zahnersatz, Zahnersatz zum Nulltarif (beispielsweise wenn Regelversorgung und voller Bonus zum Tragen kommen) und die Möglichkeit, Zahnersatz zu vergünstigten Konditionen zu erhalten.

maximale Punktzahl:

8,00

TRANSPARENZ

Offener Umgang

Sie sind regelmäßig ein Aufreger unter den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung: die Verwaltungskosten. Statt in Büro-Glaspaläste in Top-Lagen und einen üppigen Wasserkopf sollten Kassen lieber mehr in Leistungen investieren, lautet ein immer wiederkehrender Vorwurf. Die Fakten: 136 Euro pro Kopf betrug 2010 die Ausgaben für die Administration in der GKV im Durchschnitt. Die gewinnorientierten privaten Krankenversicherer gaben indes 391 Euro für Verwaltung und Abschluss neuer Versicherungsverhältnisse aus – fast das Dreifache. In den vergangenen fünf Jahren lag der Anteil der Netto-Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben in der GKV recht stabil zwischen 5,1 und 5,5 Prozent, in der PKV dagegen zuletzt bei mehr als zehn Prozent.

Obgleich sich die gesetzlichen Kassen zumindest in diesem Punkt im Grunde also gar nicht verstecken müssen, halten viele Anbieter mit genaueren Zahlen zu ihrem Geschäft trotzdem lieber hinterm Berg. Dabei verpflichtet sie das fünfte Sozialgesetzbuch im § 305b sogar zur Offenheit. Wörtlich heißt es: „Die Krankenkassen haben in ihren Mitgliederzeitschriften in hervorgehobener Weise und gebotener Ausführlichkeit jährlich über die Verwendung ihrer Mittel im Vorjahr Rechenschaft abzulegen und dort zugleich ihre Verwaltungsausgaben gesondert (. . .) auszuweisen.“

Dauerhafte Transparenz ist indes noch nicht bei allen Kassen eine Selbstverständlichkeit. So finden sich nur bei einem Teil der Anbieter etwa die Geschäftsberichte öffentlich zugänglich auf der Website, die unter anderem Aufschluss darüber geben, wie viel Geld in welche Leistungsbereiche fließt und ob Überschüsse oder Fehlbeträge erwirtschaftet wurden. Auch die Satzung sucht man an gleicher Stelle bei der einen oder anderen Kasse noch vergebens. Aus Kundensicht würde Einblick in diese jedoch durchaus nützlich sein, gibt sie doch Aufschluss nicht nur über Standards wie den Sitz der Kasse, die Zusammensetzung des Vorstands oder das Gebiet, in dem sie Versicherten offensteht. Sie enthält auch Informationen über Art und Umfang von Leistungen, die nicht durch das Sozialgesetzbuch explizit bestimmt sind, sondern wo dieses nur Rahmenbedingungen formuliert.

So wurde bewertet: Im Bereich Transparenz bekamen die Kassen je einen Punkt, wenn sie die Zahl der Mitglieder zum Stichtag 30.6.2011, die Zahl der Mitglieder, die sich für einen Wahltarif eingeschrieben haben, die Nettoverwaltungskosten für das Jahr 2010, die Ausgaben für Präventionskurse nach § 20 und § 20a SGB V (regeln die Angebote zur primären Prävention, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern sollen, und zur Gesundheitsförderung in Betrieben) je Versicherten im Jahr 2010 und die Zahl der 2010 vor den Sozialgerichten eingereichten Anfechtungsklagen seitens der Versicherten angaben sowie die aktuelle Satzung und den aktuellen Geschäftsbericht für jedermann zugänglich im Internet veröffentlicht haben. Zwei weitere Punkte gab es für jede Kasse, die den von FOCUS-MONEY und dem Deutschen Finanz-Service Institut (DFSI) im Mai 2011 verschickten Fragebogen zur Abfrage der Finanzstärke vollständig ausgefüllt zurückgesendet hat.

maximale Punktzahl:

9,00

ZUSATZVERSICHERUNGEN

Mehr Schutz

Gesetzlich oder privat? Über die Frage, welche Art der Krankenversicherung die bessere ist, wird seit Jahrzehnten gestritten. Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile, die entsprechend den persönlichen Bedürfnissen mal schwerer, mal weniger schwer wiegen. Ein elementarer Unterschied: Während in der privaten Krankenversicherung die vertraglich vereinbarten Leistungen ein Leben lang gelten, ist der Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder Veränderungen unterworfen. Der gemeinsame Bundesausschuss, das oberste Beschlussgremium der Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Kliniken und Kassen, bestimmt in Form von Richtlinien den Katalog und legt fest, welche medizinischen Versorgungsleistungen erstattet werden. Im Lauf der Jahre wurden neue Leistungen aufgenommen (z. B. Akupunktur bei speziellen Schmerzen), in stärkerem Umfang jedoch Streichungen vorgenommen (z. B. mehr Zuzahlungen).

Um die Lücken zu füllen oder um sich einen höheren Komfort gegenüber dem gesetzlichen Standard etwa bei Krankenhausaufenthalten zu sichern, können Kassenpatienten private Zusatzversicherungen abschließen. Um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden, sind zahlreiche Krankenkassen Partnerschaften mit privaten Assekuranzen eingegangen. Zusammen offerieren sie den GKV-Kunden Policen zu Sonderkonditionen, die durch Rahmenvereinbarungen erzielt werden können, oder bieten gar spezielle Policen oder Pakete, die es so nicht auf dem freien Markt zu kaufen gibt. Der Preisvorteil kann unter Umständen verloren gehen, wenn der Versicherte die Kasse wechselt. Der Vertrag kann dann in der Regel zwar fortgeführt werden, wird aber mit einem Prämienzuschlag versehen.

So wurde bewertet: Je einen Punkt gab es für die Kassen, wenn sie mit einem Partner private Zusatzpolicen anbieten für Heilpraktikerleistungen, für alternative Heilmethoden nach dem vollständigen Hufelandverzeichnis (umfasst eine Reihe naturheilkundlicher Diagnostik- und Therapieverfahren sowie Maßstäbe zu deren Abrechnung), für ambulante Behandlungen nach dem Kostenerstattungsprinzip, für stationäre Behandlungen, für Zahnbehandlung und Zahnersatz (einzeln abschließbar, nicht Bestandteil einer ambulanten Zusatzpolice), für zusätzliches Krankentagegeld für Arbeitnehmer, für Auslandsreisen, für zusätzliche Pflegeleistungen sowie für Sterbegeld.

maximale Punktzahl:

9,00

WAS IST WAS?

Stationäre Zusatzpolice: Sie sichert die Kosten für eine Behandlung durch den Chefarzt sowie die Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer bei Klinikaufenthalten ab. Zudem kann das Krankenhaus frei gewählt werden. Nach Bedarf kann der Versicherte auch ein Tagegeld vereinbaren, das die Zahlung eines täglichen Fixbetrags während des Klinikaufenthalts sichert, um etwa Kosten für Telefon, Fernsehen oder Fahrten zur Klinik abzudecken.

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

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

Sterbegeldversicherung: Dahinter verbirgt sich eine sogenannte Kleinlebensversicherung zur Abdeckung der Kosten für eine [Beerdigung](#). Die Versicherungssumme liegt in der Regel bei 5000 Euro.

Krankentagegeldversicherung: Hierbei handelt es sich um eine Verdienstausfallversicherung, mit der Arbeitnehmer das gesetzliche Krankentagegeld bei krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit aufstocken können.

Zusatzpolice Kostenerstattung: Sie erstattet ganz oder teilweise den Restbetrag bei ambulanten Behandlungen, wenn der Versicherte statt des Sachleistungsprinzips (Behandlung gegen Vorlage der Chipkarte beim Arzt) das Kostenerstattungsprinzip gewählt hat. Patienten sind dabei direkt Vertragspartner des Arztes und müssen entstandene Behandlungskosten zunächst aus eigenen Tasche vorstrecken und sich dann von der Kasse erstatten lassen.

Alle Zusatzpolice im Angebot

bundesweit geöffnete Kassen

Bahn-BKK

Barmer GEK

BKK A.T.U

BKK ALP plus

BKK Dr. Oetker1)2)

DAK3)

Die Continentale BKK1)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

HypoVereinsbank BKK2)

Novitas BKK

R+V Betriebskrankenkasse2)

SBK

Securita Krankenkasse

Shell BKK/Life2)

regional geöffnete Kassen

AOK Bremen/Bremerhaven

Bergische Krankenkasse

BKK Achenbach Buschhütten1)2)

BKK der Thüringer Energieversorgung1)

BKK Euregio1)2)

BKK Scheufelen

BKK VerbundPlus

BKK Wirtschaft & Finanzen

BKK ZF & Partner

Bosch BKK

Brandenburgische BKK

G&V BKK

mhplus Betriebskrankenkasse

Saint Gobain BKK

Kassen mit komplettem Angebot abgefragter Zusatzpolicen, unterteilt nach bundesweit und regional geöffnet (alphabetisch); 1)Top-Platzierung im genannten Bereich, jedoch keine Platzierung unter Top 50 des Gesamtrankings; 2)Direktkasse; 3)fusioniert zum 1.1.2012 mit BKK Gesundheit

Quellen: Angaben der Kassen, DFSI

PRÄVENTION

Enormes Sparpotenzial

Gerade mal vier Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben fließen aktuell in die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung. Zum Vergleich: Die Kosten für Arzneimittel machen gut 17 Prozent der Ausgaben aus, zeigen Daten des Statistischen Bundesamts. Dabei würden sich höhere Investitionen in Maßnahmen zur Förderung von Körper und Geist der Bürger mehr als auszahlen. 25 bis 30 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssystem könnten eingespart werden, schätzt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, wenn Erkrankungen entschiedener vorgebeugt würde.

Der wesentliche Faktor dabei ist körperliche Aktivität. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellen Bewegungsmangel und seine Folgen die größte Gesundheitsgefährdung der Menschen im 21. Jahrhundert dar. Schon wenige Minuten Laufen, Spaziergehen oder Treppensteigen am Tag ließen zum Beispiel [den Blutdruck](#) und Blutfettwerte sinken, stärkten das [Immunsystem](#) und reduzierten [Herzinfarkt](#)-, Schlaganfall- und [Diabetes](#)-Risiko. Laut Untersuchungen am Institut für Sportwissenschaft und Sport der Universität Erlangen-Nürnberg betätigt sich jedoch ein Fünftel der Bevölkerung im Alltag überhaupt nicht körperlich. Weitere 39 Prozent sind nur unregelmäßig aktiv.

Prävention ist daher ein zentrales Thema für die gesetzlichen Krankenkassen. Sie bieten ein breites Maßnahmenpektrum vom Zuschuss zu Gesundheitskursen, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen über Belohnungen für gesundheitsbewusstes Verhalten bis zu strukturierten Behandlungsprogrammen etwa für die Vermeidung von Frühgeburten. Eine Sonderauswertung aus den Daten des Krankenkassen-Tests zeigt, welche Anbieter auf diesem Feld besonders engagiert sind.

So wurde bewertet: Für die Auswertung wurden verschiedene Teilbereiche des Tests herangezogen. Die Punkte aus dem Bereich Gesundheitsförderung flossen komplett ein. Die Punkte der Bonusprogramme wurden durch 2,5 geteilt gewertet. Von den Zusatzleistungen gingen je zwei Punkte in die Wertung ein, wenn über den gesetzlichen Rahmen hinaus Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten erstattet werden und wenn Patientenschulungen im Angebot sind.

Aus dem Bereich integrierte/besondere ambulante Versorgung gab es je zwei Punkte für Versorgungsverträge zu den Indikationen Gestationsdiabetes-Screening, Risiko-Schwangerschaft und Osteoporose-Vorbeugung. Die Summe wurde mit dem Faktor 1,2 multipliziert.

Zahlt die Kasse für Impfstoff und Impfung für Reiseschutzimpfungen zu 100 Prozent, gab es jeweils weitere zwei Punkte, zahlt sie nur anteilig für Impfung bzw. Impfstoff, nur je einen Punkt. Der Punktwert zu den Reiseschutzimpfungen wurde ebenfalls mit dem Faktor 1,2 multipliziert.

Zwei weitere Punkte wurden schließlich gutgeschrieben, wenn die Kasse einen Erinnerungsservice für Vorsorgetermine im Angebot hat.

DOKTORS LIEBLING

Gute Partner

Kurzes Gespräch, schnelle Diagnose, Verordnung einer Standardtherapie – die Behandlung im Akkord ist in deutschen Praxen leider keine Seltenheit. Die ärztlichen Sprechstunden sind in der Bundesrepublik pro Patient um 30 Prozent kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die kürzesten in Europa, stellte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (kurz IQWiG) in einer vergleichenden Studie fest. Das Deprimierende: Obgleich es an Zeit für die Patienten mangelt, hätten deutsche Ärztinnen und Ärzte längere Arbeitszeiten als ihre Kollegen in anderen Ländern, so die IQWiG-Experten.

Denn was viele Kunden nicht sehen: Während sie als gesetzlich Versicherte am Empfang einfach nur ihre Chipkarte vorzeigen, um behandelt zu werden, ohne sich anschließend über die Kosten dafür mit der Versicherung auseinanderzusetzen, leistet der Arzt über seine medizinische Tätigkeit hinaus im Hintergrund noch eine Menge anderer Arbeiten. Er organisiert nicht nur den Praxisalltag oder bildet sich idealerweise medizinisch fort. Er dokumentiert den Einzug der Praxisgebühr, trägt Abrechnungsdaten ins EDV-System ein, füllt Formulare für die Beantragung von Leistungen aus (z. B. Kuren), formuliert Gutachten oder schreibt Stellungnahmen für den medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Kurzum: Die Bürokratie nimmt vielfach genauso viel Zeit im Arztalltag ein wie das eigentliche Geschäft – der Dienst am Patienten. Deshalb ist eine reibungslose Kommunikation und Interaktion mit den Krankenkassen der Kundschaft ein durchaus wichtiger Faktor in der Praxis. Berührungspunkte mit Konfliktpotenzial gibt es schließlich reichlich (s. auch Grafik rechts oben).

Auch Patienten können profitieren, wenn sie bei einem Anbieter versichert sind, der die Auszeichnung „Doktors Liebling“ trägt, werden sie doch im Wartezimmer gern gesehen und kommen sie im Zweifel schneller und unkomplizierter in den Genuss bestimmter Leistungen.

So wurde bewertet: In einer Online-Umfrage unter rund 18 000 Ärzten und Zahnärzten, die sich mit einer eigenen Praxis niedergelassen haben oder als Angestellte in einer Klinik beschäftigt sind, ermittelte FOCUS-MONEY, mit welchen der gesetzlichen Kassen die Mediziner am liebsten zusammenarbeiten. Die Befragten konnten bis zu drei Kassen benennen. Die unten stehende Tabelle zeigt die Anbieter mit den meisten Nennungen. Zur Ermittlung der Rangfolge wurden diese ins Verhältnis zur Zahl der Bundesländer gesetzt, in der die jeweilige Kasse geöffnet ist. Zudem erfolgte bei der Ermittlung der „Lieblinge“ der Ärzte eine Abstufung nach Kassengröße, gemessen an der Mitgliederzahl. Denn die Mediziner kommen, statistisch gesehen, mit Patienten, die einer großen Kasse angehören, öfter in Kontakt als mit solchen einer kleinen Versicherung.

Weite Ergebnisse der Ärztebefragung – etwa über die Zukunft des Versicherungssystems – sind in den Grafiken rechts dokumentiert.

ONLINE-VERGLEICH Individuelle Suche Finden Sie die zu Ihnen persönlich passende Krankenkasse unter allen für die Allgemeinheit geöffneten Anbietern anhand von mehr als 70 Leistungsmerkmalen. Die interaktive Kassensuche von FOCUS Online und www.gesetzlichekrankenkassen.de finden Sie unter folgendem Link: <http://krankenkassen.focus.de>

© FOCUS Online 1996-2015

Drucken

Fotocredits:

Alle Inhalte, insbesondere die Texte und Bilder von Agenturen, sind urheberrechtlich geschützt und dürfen nur im Rahmen der gewöhnlichen Nutzung des Angebots vervielfältigt, verbreitet oder sonst genutzt werden.

Wen die Ärzte schätzen

Rang	Kasse	Öffnung in	Mitglieder zum
		Bundesländern	1.1.2010
1	Barmer GEK	16	6 543 527
2	Techniker Krankenkasse	16	5 354 190
1	AOK Bayern	1	3 187 538
2	AOK Baden-Württemberg	1	2 752 619
500 000 bis 2 Mio. Mitglieder			
1	Knappschaft	16	1 402 939
2	SBK	16	687 876
1	AOK Rheinland-Pfalz	1	711 350
1	BKK Mobil Oil	9	664 072
bis 500 000 Mitglieder			
1	BKK24	16	ca. 100 000
2	Audi BKK	16	290 315
1	AOK Saarland	1	164 000
2	Bosch BKK	14	137 412

mehr als 2 Mio. Mitglieder

bundesweit geöffnete Kassen

regional geöffnete Kassen

bundesweit geöffnete Kassen

regional geöffnete Kassen

bundesweit geöffnete Kassen

regional geöffnete Kassen

Quellen: FOCUS-MONEY, Angaben der Kassen

Kassen mit den jeweils meisten Nennungen im Verhältnis zur Zahl der Bundesländer, in denen die Kasse geöffnet ist, unterteilt nach Kassengröße