

## **Die gesetzliche Krankenversicherung im Überblick**

### **Grundsätzliches zu Leistungen, Beiträgen und Kassenwahl**

**Gesetzliche Krankenversicherung heißt freie Arztwahl und medizinische Versorgung mit hohem Qualitätsstandard, heißt auch Umverteilung von Einkommensstarken auf Einkommensschwache, von Männern auf Frauen, von Ledigen auf Familien, von Erwerbstätigen auf Rentner. Die 1883 eingeführte Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat über 51 Millionen Mitglieder. Einschließlich der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sind es mehr als 70 Millionen. Bei den Gesundheitskosten nimmt Deutschland mit einem Ausgabenvolumen von über 250 Milliarden Euro einen internationalen Spitzenplatz ein.**

### **Solidargemeinschaft**

Wie viel ein Versicherter beiträgt, richtet sich nicht nach der Zahl der versicherten Personen, nicht nach Alter und nicht nach individuellem Krankheitsrisiko. Es hängt einzig und allein von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ab. Es gilt: Hohes Einkommen, hohe Beiträge - niedriges Einkommen, niedrige Beiträge. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind dabei für alle gleich. Wer ein besonders niedriges Einkommen hat, wird sogar von Zuzahlungen, die die anderen Mitglieder zu leisten haben, ganz oder teilweise befreit. Schließlich: Im Gegensatz zur privaten darf die gesetzliche Krankenversicherung niemandem den Beitritt verwehren.

Krankenversicherungsschutz genießen alle Pflichtversicherten und freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie im Rahmen der beitragsfreien Mitversicherung (Familienversicherung) auch deren Ehepartner und Kinder.

### **Versicherungspflicht**

Keine Krankenversicherung? Das soll es in Deutschland nicht geben. Die Versicherungspflicht ist ein zentraler Grundsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und basiert auf diesem Solidaritätsprinzip: Grundsätzlich ist jeder Arbeitnehmer, der eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausübt und jeder Auszubildende versicherungspflichtig und müssen einer von ihnen wählbaren gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Darüber hinaus sind unter bestimmten Voraussetzungen weitere Personengruppen versicherungspflichtig. Hierzu zählen unter anderem

- Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II,
- land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen,
- Künstler und Publizisten,
- Jugendliche in besonderen Einrichtungen,
- behinderte Menschen,
- Studenten bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters und grundsätzlich längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres,
- Rentner und Rentenantragsteller.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht erfolgt nur auf Antrag in gesetzlich geregelten Ausnahmefällen.

Arbeitnehmer sind versicherungsfrei, wenn ihr jährliches Arbeitseinkommen die [Versicherungspflichtgrenze](#) übersteigt. Auch geringfügig Beschäftigte sind versicherungsfrei.

Wer nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig würde und keinen ausreichenden Bezug zur GKV nachweisen kann, bleibt von der Versicherungspflicht ausgeschlossen. Aufgrund einer Vielzahl von Einzelbestimmungen führen die gesetzlichen Krankenkassen jeweils eine individuelle Prüfung der Versicherungspflicht durch.

Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher in Deutschland zuletzt gesetzlich versichert waren. Des Weiteren besteht die Versicherungspflicht in der GKV für Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die dem Bereich der GKV zuzuordnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.

### **Die Beiträge**

Sozusagen im Gegenzug zu diesen umfangreichen Leistungsversprechen hat der Gesetzgeber eine Pflicht zur Versicherung verordnet: Jeder Arbeiter und jeder Angestellte, der nicht geringfügig beschäftigt ist und des Gehalt unter der [Versicherungspflichtgrenze](#) liegt verdient, wird automatisch Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wer ein Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze erhält, wird nicht sofort ausgeschlossen, er kann freiwillig versichert bleiben. Das gleiche gilt für Arbeitnehmer, die sich selbständig machen. Wichtig ist dabei: Wer freiwillig Mitglied bleiben möchte, muss dies innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Versicherungspflicht seiner gesetzlichen Krankenversicherung mitteilen, sonst verliert er seinen Anspruch auf Mitgliedschaft.

Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht durch einen zivilrechtlichen Vertrag begründet. Sie steht dem Arbeitnehmer, dessen Gehalt unter der Versicherungspflichtgrenze liegt, gesetzlich zu. Er muss keinen Aufnahmeantrag stellen, sondern meldet sich an.

Jeder Arbeitnehmer schuldet der gesetzlichen Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz seines Arbeitseinkommens. Das ist bei freiwillig versicherten Selbstständigen anders: Bei ihnen wird das gesamte Einkommen als Bemessungsgrundlage herangezogen. Wer mit seiner selbstständigen Beschäftigung wenig verdient, zahlt deshalb unter Umständen weniger als in der privaten Krankenversicherung. Allerdings gibt es einen Mindestbeitrag, der nicht unterschritten werden darf. Ein besonderes Plus der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Familienversicherung. Ehepartner ohne eigenes Einkommen und Kinder sind ohne Zuschlag automatisch mitversichert.

## **Beitragsfreie Mitversicherung**

Die beitragsfreie Mitversicherung (Familienversicherung) ist ein Herzstück der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Beitragsfrei mitversichert sind der Ehegatte oder der gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartner und die Kinder eines Mitglieds. Voraussetzung für die Versicherung der Familienangehörigen ist jedoch, dass sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und nicht anderweitig versicherungspflichtig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist oder versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht auf Antrag befreit ist, kann nicht beitragsfrei mitversichert werden. Dies gilt auch für Ehepartner und Lebenspartner während des Mutterschutzes beziehungsweise der Elternzeit, wenn vorher keine gesetzliche Krankenversicherung bestanden hat.

Kinder sind grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Wenn Kinder nicht erwerbstätig sind, endet für sie die Familienversicherung mit der Vollendung des 23. Lebensjahres. Sie endet mit Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr leistet. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht (Wehr- oder Zivildienst) des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für den entsprechenden Zeitraum.

Ohne Altersgrenze sind Kinder mitversichert, wenn sie infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem eine Familienversicherung bestanden hat.

Kinder sind nicht beitragsfrei versichert, wenn nur ein Elternteil Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, der andere mit den Kindern verwandte Elternteil und Ehegatte des Mitglieds aber mit seinem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt und sein Gesamteinkommen regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds.

## **Wechseln ist kein Problem**

Wer mit seiner Krankenkasse unzufrieden ist, kann als Pflichtversicherter problemlos [wechseln](#). Ein formloses Schreiben ohne Begründung genügt.

Krankenkassenmitglieder können jederzeit mit einer Frist von acht Wochen zum Monatsende kündigen. Wichtig: Die Anmeldung bei der neuen Kasse schnell vornehmen. Wechselwillige brauchen eine Bestätigung ihrer alten Kasse. Erst dann darf die neue Kasse eine Mitgliedsbestätigung für den Arbeitgeber ausstellen. Dem neuen Versicherer muss man in jedem Fall 18 Monate treu bleiben. Erhöht die Kasse den Beitragssatz oder kürzt sie das Leistungsangebot, kann jedes Mitglied mit einer Frist von zwei Monaten kündigen.

## Die Leistungen

Jeder Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung erhält nach § 2 des Sozialgesetzbuchs die gleichen [Leistungen](#). Die medizinische Grundversorgung ist damit in jedem Fall gesichert.

Gesetzlich krankenversicherte Personen haben Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung und zwar unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Alter. Der Gesetzgeber hat die grundsätzlichen Leistungsansprüche festgeschrieben:

- Leistungen, die der Vermeidung und Linderung von Krankheiten dienen sowie Leistungen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung von Krankheiten

Für den exakten Umfang der Leistungen aber gibt es keine Garantie. Der Gesetzgeber kann jederzeit den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen neu festlegen.

Gesetzliche Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen weitere Leistungsverpflichtungen festschreiben - vom Reiseimpfschutz bis zu Gesundheitskursen im Urlaub. Da der Wettbewerb gerade in diesem Bereich immer stärker zunimmt, lohnt sich der Vergleich.

Die Abrechnung der gesetzlichen erfolgt nach dem "Sachmittelprinzip". Die Kassen rechnen direkt mit dem Arzt oder Krankenhaus ab. Der Patient muss nichts vorfinanzieren, erfährt aber auch nichts über die tatsächlich entstandenen Kosten. Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung kann einen Arzt seiner Wahl konsultieren - solange der kassenärztlich zugelassen ist. Die Kosten werden direkt von seiner Krankenversicherung übernommen.

Bei der verordneten Therapie muss dagegen in der Regel zugezahlt werden. Bei Medikamenten wird ein Eigenanteil fällig. Arzneimittel zur Behandlung von geringfügigen Gesundheitsstörungen bezahlen die gesetzlichen Kassen gar nicht mehr - ob Abführmittel, Hustensaft oder Nasenspray.

Bei Massagen oder Krankengymnastik sowie Hilfsmitteln wie Bandagen oder Einlagen trägt der Versicherte einen Teil der Kosten selbst. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Einkommen besonders niedrig ist, können sich nach einer "Überforderungsklausel" von Zuzahlungen befreien lassen. Übersteigen bei chronisch Kranken die Zuzahlungen aufgrund derselben Krankheit ein Prozent des Bruttoeinkommens pro Jahr, sind auch sie von Eigenleistungen frei. Jeder dritte Kassenpatient in Deutschland ist von Zuzahlungen befreit!

Während die Kosten von Zahnbehandlung und Zahnerhaltung von den gesetzlichen Kassen vollständig übernommen werden, zahlt der Patient bei Kronen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen die Hälfte selbst. Nur wenn er eine umfangreiche Prophylaxe über fünf oder zehn Jahre nachweisen kann, reduziert sich der Eigenanteil.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer stationären Behandlung im Krankenhaus ohne zeitliche Begrenzung vollständig. Die Wahlfreiheit des Krankenhauses selbst ist allerdings eingeschränkt. Der Arzt muss in das nächstgelegene Krankenhaus, das die erforderliche Therapie durchführen kann, einweisen. Im Krankenhaus erhält der Versicherte alle medizinisch notwendigen Leistungen und die Behandlung durch den diensthabenden Arzt. Anspruch auf ein Zwei- oder Einbettzimmer oder Behandlung durch den Chefarzt haben nur Privatpatienten.

Alle pflichtversicherten Mitglieder erhalten auch Krankengeld. Das Krankengeld wird als "Einkommensersatzleistung" nach Ablauf der sechswöchigen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber an erwerbstätige, zahlende Mitglieder geleistet. Studenten, Familienversicherte und Rentner haben einen solchen Anspruch nicht. Das Krankengeld beläuft sich auf 70 Prozent des Bruttoarbeitsentgelts, maximal auf 90 Prozent des Nettolohns. Wenn das fürs Haushaltsbudget nicht reicht, empfiehlt sich der Abschluss einer **Zusatzversicherung**.

Auch die häusliche Pflege gehört zu den kassenfinanzierten Leistungen, wenn sie aus medizinischen Gründen erforderlich ist und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann. Schwangere und junge Mütter haben Anspruch auf häusliche Pflege oder eine Haushaltshilfe, wenn dies aus medizinischen Gründen geboten ist und keine im Haushalt lebende Person die Pflege oder Versorgung übernehmen kann.

### **Und wie bekommt der Arzt sein Geld?**

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen eine [Pauschale pro Versicherten](#) an die jeweils regional zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Der Betrag enthält auch die Aufwendungen für mitversicherte, aber nicht beitragszahlende Familienangehörige (zum Beispiel Kinder oder nicht-verdienende Ehepartner). Diese Pauschale deckt die ambulante Behandlung einer ganzen Familie in einem Jahr. Es ist dabei gleichgültig, ob die Familie groß oder klein ist, häufig oder selten zum Arzt geht.

Die Verteilung dieser «Gesamtvergütung» auf die einzelnen Kassenärzte ist Sache der KV. Das Problem dabei: Die Pauschalzahlungen für das gesamte Jahr müssen reichen, um sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen für die Patienten abzugelten. Werden mehr medizinische Leistungen notwendig als geplant, steigt die Bezahlung für die ärztlichen Leistungen nicht automatisch. Das bedeutet: Die Ärzte tragen das Krankheitsrisiko der Bevölkerung.