



Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

KRANKENVERSICHERUNG

Im Krankheitsfall auf der sicheren Seite



© contrastwerkstatt / Fotolia.com

contrastwerkstatt/Fotolia.com

Das System der Sicherung im Krankheitsfall in Deutschland wird überwiegend getragen durch die gesetzliche Krankenversicherung, in der rund 90 % der Bevölkerung versichert sind. Daneben decken auch die private Krankenversicherung (PKV) und die sonstigen Sicherungssysteme (z. B. Unfall- und Rentenversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung, Beihilfe) entsprechende Krankheitskosten ab.

Die gesetzliche Krankenversicherung zeichnet sich durch ein Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip aus. Das bedeutet, alle Versicherten erhalten die gleiche medizinische Versorgung und müssen dafür nicht in finanzielle Vorleistung treten. Der Beitrag eines Versicherten richtet sich nicht nach seinem Alter oder seinem Krankheitsrisiko, sondern nach seinen Einnahmen. So findet ein Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Älteren, besser und weniger gut Verdienenden und Familien und Ledigen statt.

Leistungen der GKV

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten umfassende Leistungen zur medizinischen Versorgung. Im Wesentlichen werden folgende Leistungen gewährt:

- Gesundheitsvorsorge: Leistungen zur Gesundheitsförderung (primäre Prävention) und zur Früherkennung von Krankheiten, Zahnprophylaxe, ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen, besondere stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter, Väter und Kinder, Schutzimpfungen.
- Krankenbehandlung: Ärztliche und zahnärztliche Behandlung, psychotherapeutische Behandlung, verschreibungspflichtige Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, kieferorthopädische Behandlung, Soziotherapie, sozialpädiatrische Leistungen für Kinder.
- Medizinische Rehabilitation: Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, besondere stationäre Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Rehabilitationssport, Patientenschulungsmaßnahmen.

Erfahren Sie mehr über:

Versicherungspflicht

Seit dem 1. April 2007 besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung eine allgemeine Versicherungspflicht. Gleiches gilt seit dem 1. Januar 2009 auch für die private Krankenversicherung. In Deutschland soll niemand mehr ohne einen angemessenen und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz leben müssen.

Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand bisher schon für alle abhängig Beschäftigten bis zu einer gesetzlich geregelten Einkommensgrenze. Bei einem höheren Bruttoverdienst konnte der Arbeitnehmer unter bestimmten Voraussetzungen freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse werden oder sich für eine private Krankenversicherung entscheiden.

Daneben fallen weitere Personengruppen, wie z.B. Arbeitslose, Landwirte, Künstler und Publizisten, Studenten, Behinderte oder Rentner unter die Versicherungspflicht und haben gegebenenfalls die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung.

Familienangehörige sind, wenn die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vorliegen, beitragsfrei mitversichert.

Wahl der Krankenkasse

Sowohl versicherungspflichtige als auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können seit 1996 ihre Krankenkasse frei wählen. Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

Bundesweit stehen etwa 134 Krankenkassen (Stand: 01.01.2013) zur Auswahl. Ihre Zahl hat in den vergangenen Jahren stark abgenommen (im Jahr 2000 waren es noch knapp 400 Krankenkassen) und

wird in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter sinken.

Die Mitgliedschaft kann frühestens nach 18-monatiger Mitgliedschaft mit einer Frist von zwei Kalendermonaten gekündigt werden. Ein Sonderkündigungsrecht gilt, wenn die Krankenkasse Zusatzbeiträge erstmalig erhebt oder erhöht oder die Versicherung generell beendet werden soll (z. B. Wechsel eines freiwilligen Mitglieds in die private Krankenversicherung).

Finanzierung und Beitragsbemessung

Die Leistungen der GKV werden durch Beiträge und durch Steuermittel finanziert.

Bei Pflichtversicherten werden die monatlichen Beiträge auf Grundlage ihrer Einnahmen wie Arbeitsentgelt oder Rente berechnet. Freiwillige Mitglieder zahlen zusätzlich Beiträge aus sonstigen Einnahmen wie z. B. Einkünfte aus Vermietung. Bei beiden Mitgliedsgruppen werden die Einkünfte nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Bei Arbeitnehmern trägt der Arbeitgeber die Hälfte vom Beitragssatz. Die Beitragshöhe ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten. Freiwillig Versicherte haben ihre Beiträge selber zu tragen. Arbeitnehmer oder Rentner, die freiwillig versichert sind, erhalten einen Zuschuss vom Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger.

Die nach dem Beitragssatz erhobenen Beiträge fließen zunächst in den bundesweiten Gesundheitsfonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Hieraus erhalten die Krankenkassen Zuweisungen, deren Höhe sich unter anderem nach dem Geschlecht, dem Alter und dem Gesundheitszustand der Versicherten richtet. Reichen diese nicht aus, um die Ausgaben zu decken, muss die jeweils betroffene Krankenkasse Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben. Sind die Zuweisungen des Gesundheitsfonds höher als die Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse, kann diese eine Prämie an ihre Mitglieder ausschütten.

Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung

Die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wird durch Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychotherapeuten sichergestellt. Diese sind in Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossen. Zu deren Aufgaben gehören vor allem

- die Bedarfsplanung,
 - die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit sowie die Überwachung dieser Tätigkeit,
 - die Vereinbarung der Vergütung mit den Krankenkassen und
 - die Honorarverteilung unter den zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten.
-

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung



Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben einen Anspruch auf medizinische Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Die Krankenkassen stellen dem Versicherten die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung, das heißt die Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

Um diese gesetzlichen Voraussetzungen zu erfüllen, bedürfen die Krankenkassen medizinischer Beratung. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung übertragen. In Baden-Württemberg ist dies der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg. Dieser führt im Auftrag der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen unabhängige Begutachtungen und Beratungen durch. Mit dieser Unterstützung können die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Einzelfall die richtige Entscheidung über Leistungen treffen.

Struktur und Aufsicht



Die gesetzliche Krankenkasse (GKV) ist eine gegliederte Krankenversicherung. Es gibt 6 verschiedene Kassenarten (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Ersatzkassen und die Knappschaft Bahn See).

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen unter staatlicher Aufsicht. Das Sozialministerium Baden-Württemberg führt die Aufsicht über

- die AOK Baden-Württemberg,
- den BKK Landesverband Süd sowie
- die Betriebskrankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf Baden-Württemberg und nicht mehr als 2 weitere Bundesländer (landesunmittelbare Krankenkassen) erstreckt.

Außerdem führt das Sozialministerium die Aufsicht über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Baden-Württemberg.

Die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen führt das Bundesversicherungsamt, die Aufsicht über die privaten Krankenversicherungsunternehmen führt die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Downloads

Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Benennung der Vertretungen im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes nach § 279 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (VwV Verwaltungsrat Medizinischer Dienst) vom 21. September 2020 (PDF)

Weiterführende Links

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Landesverbände der Kranken-/Pflegekassen und ihre Bundesverbände

AOK Baden-Württemberg

AOK-Bundesverband

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Landesvertretung Baden-Württemberg

Verband der Ersatzkassen (vdek)

BKK Landesverband Süd

BKK Dachverband

IKK classic

IKK e. V.

Kranken- und Pflegeversicherung der Knappschaft

Künstlersozialkasse

Landwirtschaftliche Krankenkassen

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Link dieser Seite:

<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/sozialversicherung/krankenversicherung>

///