



Der große Kassen Guide

Die besten Versicherungen für Anspruchsvolle, Sportler, Preisbewusste, Selbstständige, Familien, junge Leute und Anhänger der Alternativmedizin



DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR FAMILIEN
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR JUNGE LEUTE
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR ALTERNATIVMEDIZIN
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR ANSPRUCHSVOLLE
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR SPORTLER
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

DFSI Deutsches Finanz-Service Institut GmbH

HEK
LEISTUNG FÜR SELBSTSTÄNDIGE
exzellent

FOCUS-MONEY 23/16

GKV-Studie: Deutschlands größter Kunden-Leistungsvergleich

Die richtige Kasse angeln

Fischen Sie bei der Kassenwahl nicht im Trüben, sondern angeln Sie sich den Anbieter, der am besten zu Ihren persönlichen Bedürfnissen passt. Unterschiede gibt es reichlich

Die Verbraucher in Deutschland sind manchmal schwer zu verstehende Wesen. Tage- wenn nicht wochenlang werden Prospekte gewälzt und Preise verglichen, wenn ein neuer Fernseher, ein neues Smartphone oder auch nur eine Kaffeemaschine angeschafft werden soll. Keine Frage, auch eine Investition in Unterhaltungselektronik oder Haushaltsgeräte will gut überlegt sein. Aber steht der Aufwand wirklich im Verhältnis zum Nutzen und dem ausgegebenen Betrag, wenn man sich anschaut, wie gering das Engagement bei anderen, weit teureren und eigentlich wichtigeren Entscheidungen im Leben ausfällt?

Zum Beispiel bei der Wahl der Krankenkasse. Gesundheit sei das höchste Gut, heißt es immer wieder. Über Kosten und Umfang von deren Absicherung machen sich aber offensichtlich nur wenige Bürger ausführlichere Gedanken. Dabei zahlen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer Monat für Monat je nach Kasse bis zu 380 Euro für die Krankenversicherung. Macht 4560 Euro im Jahr. Dafür bekommt man durchaus mehrere TV-Geräte. In einer jüngeren Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO-Monitor 1/2016) konnten allerdings gerade mal 2,7 Prozent der Befragten den exakten Beitragssatz nennen, der für die Versicherung fällig ist (zur Aufklärung: 14,6 Prozent, sofern Anspruch auf Krankengeld besteht, zusätzlich eines eventuellen Zusatzbeitrags der Kasse). Weitere 14,9 Prozent schätzten den Satz immerhin mit einer Abweichung von bis zu 0,5 Prozentpunkten richtig. Mehr als vier Fünftel lagen indes weiter daneben oder konnten erst gar keine Angaben machen.

Änderung verschlafen. Irgendwie verpennt hat die überwiegende Mehrheit der GKV-Mitglieder auch die Änderung der Beitragssatzregelung mit dem Jahreswechsel 2014/2015. Da entfiel der Sonderbeitrag der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent, und an die Stelle von festen EuroBeträgen, die die Kassen von ihren Mitgliedern als Zusatzbeitrag verlangen konnten, traten Prozentsätze, die jede Kasse auf den allgemeinen Beitragssatz aufschlagen kann. Nur 18 Prozent bejahten in der WidO-Erhebung die Frage danach, ob sich 2015 in der GKV im Vergleich zum Vorjahr bei der Beitragssatzregelung etwas geändert habe. Knapp 54 Prozent sagten nein, 28 Prozent antworteten „weiß nicht“. Dabei hat sich das Sparpotenzial bei einem Kassenwechsel durch die Neuregelung der Zusatzbeiträge deutlich erhöht. Auf 72 Euro im Monat beläuft sich aktuell der maximale Unterschied zwischen der günstigsten und der teuersten gesetzlichen Kasse.

Bei der Unwissenheit über die Versicherungskosten wundert es irgendwie auch nicht, dass die Wechselbereitschaft mau ist. Knapp neun Prozent der Mitglieder denken laut WidO-Monitor darüber nach, zu einer anderen Kasse zu gehen,

drei Prozent haben konkrete Wechselabsichten. Zugegeben: Der Preis sollte für die Kassenwahl auch nicht das primäre Kriterium sein – und ist es auch nicht. Bei den Mitgliedern mit Wechselgedanken wie auch bei allen anderen rangieren die Leistungen auf Platz eins der Faktoren, auf die es bei der Kassenwahl ankommt. Wie ausgeprägt das Bewusstsein bei den Versicherten über die Leistungsunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ist, hat das WidO in seiner letzten Umfrage nicht erhoben. Angesichts des schmalen Wissens über den Beitrag liegt jedoch die Vermutung nahe, dass es damit auch nicht sonderlich weit her ist. Hier dürfte bei vielen das alte Vorurteil herrschen, dass die gesetzlichen Kassen eh alle das Gleiche anbieten und ihre Anzahl daher viel zu üppig ist.

Erweiterte Leistungsvielfalt. Weit gefehlt. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren den Kassen immer mehr Raum für freiwillige ergänzende und zusätzliche Leistungen gegeben. Das Spektrum reicht von Budgets für die Erstattung alternativer Medizin über Wahltarife mit ergänzenden Leistungen oder Prämienzahlungen bei Leistungsfreiheit bis zu zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gesonderten Verträgen mit einzelnen Ärzten, Arztgruppen oder Kliniken, die Zugang zu innovativer Medizin oder besonders gut abgestimmten Behandlungen verschaffen. Darüber hinaus gibt es natürlich auch im Service Unterschiede, sei es bei der Dichte des Geschäftsstellennetzes, der telefonischen Erreichbarkeit, den Web-Aktivitäten oder dem Angebot an Informationshotlines zu medizinischen Fragen oder für Notfälle bei Auslandsreisen.

Die erweiterte Leistungs- und Servicevielfalt verdient es nicht, ignoriert zu werden. Sie sollte tunlichst dazu genutzt werden, sich nach der für die persönlichen Bedürfnisse passenden Kasse umzusehen. Welcher Anbieter zu welchem Versichertentyp am besten passt, haben FOCUS-MONEY und das Deutsche Finanz-Service Institut in Köln (DFSI) anhand von acht beispielhaften Profilen ermittelt, die in diesem Heft vorgestellt werden.

Wer nach der Recherche den perfekten Anbieter gefunden hat und wechseln möchte, kann seiner alten Kasse mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende den Laufpass geben. Vorausgesetzt er war dort mindestens 18 Monate lang versichert. Ein vorzeitiges Kündigungsrecht gibt es nur, wenn die Kasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt oder den vorhandenen Zusatzbeitrag erhöht. Wer einen Wahltarif mit Krankengeldzahlung abgeschlossen hat, ist drei Jahre an seine Kasse gebunden und hat kein Sonderkündigungsrecht. Gewählt werden kann jede Kasse, die im Bundesland des Wohnorts oder des Arbeitsplatzes oder für Mitarbeiter des Arbeitgebers geöffnet ist.

Foto: Depositphotos

Familie

Genial für die Gemeinschaft

Wie gesetzliche Krankenkassen heute besonders jungen, unerfahrenen Eltern mit Rat und Tat bei der Gesundheitsvorsorge von Säuglingen und Kleinkindern zur Seite stehen

Top-Kassen für Familien

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
DAK-Gesundheit	exzellent
AOK Baden-Württemberg	exzellent
AOK NORDWEST	exzellent
AOK PLUS	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Bayern	sehr gut
AOK Hessen	sehr gut
AOK Niedersachsen	sehr gut
AOK Nordost	sehr gut
AOK Sachsen-Anhalt	sehr gut
BARMER GEK	sehr gut
BKK Faber-Castell & Partner	sehr gut
BKK VBU	sehr gut
BKK VerbundPlus	sehr gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	sehr gut
BKK24	sehr gut
Die Schwenninger Krankenkasse	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	sehr gut
Novitas BKK	sehr gut
Salus BKK	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut

Mit dem Baby wird auch die Angst geboren. Angst, alles nur ja richtig zu machen! Wie kann ich die sprachliche und motorische Entwicklung meines Säuglings fördern? Wie reagiere ich bei anhaltenden Bauchschmerzen? Ist mein Nachwuchs prädisponiert für Allergien? Fragen über Fragen zur Gesundheit ihrer Kids, die Eltern heute quälen. Heikel ist in diesem Kontext bei Erziehungsberechtigten das Thema Impfen gegen Masern, Mumps und Röteln – ob es nützt oder doch eher mehr schadet. Folge dieser Unsicherheit von Eltern sind Impflücken, insbesondere bei Masern: „Viele Kinder werden zu spät gegen Masern geimpft“, sagt Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI). Im Alter von 24 Monaten haben erst 71 Prozent der Kinder die zweite Masern-Impfung erhalten, so der Befund einer RKI-Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Um Eltern von Säuglingen über das Für und Wider von Impfungen insbesondere im Kampf gegen Seuchen aufzuklären, liefern die gesetzlichen Krankenkassen etwa nicht nur über ihre medizinischen Info-Hotlines Ratsuchenden wichtige Entscheidungshilfen. Neben Masern, Mumps und Röteln tragen sie auch die Kosten aller übrigen, von der Ständigen Impfkommission am RKI empfohlenen Schutzimpfungen.

Den Nachwuchs begleiten die gesetzlichen Kassen heute nahtlos von der Babyphase über das Teenageralter einschließlich des Übergangs zur Erwachsenenmedizin. Dreh- und Angelpunkt vor und nach der Geburt eines Babys jedoch ist eine gute, stets erreichbare Hebamme. Hoch im Kurs stehen daher bei werdenden Eltern vor allem jene Kassen, die für Schwangere auch die Kosten für eine Rufbereitschaft rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen übernehmen, damit eine Hebamme bei Geburtsbeginn schnellstmöglich an ihrer Seite ist. Gut zu wissen: Anspruch auf Rufbereitschaft besteht bei Hausgeburten nebst Entbindungen im Geburts- und Krankenhaus, die von einer Beleghebamme begleitet werden.

Wie wichtig Hebammen vor allem für junge, unerfahrene Eltern sind, zeigt die frühkindliche Karies. Sie beginnt bereits kurz nach dem Durchbruch der Milchzähne. Deutschlandweit weisen 15 Prozent der Kinder bis zu drei Jahren die „Nuckelflaschenkaries“ auf. Zu Recht so genannt, resultiert doch die early childhood caries primär aus übermäßigem Konsum von zucker- und säurehaltigen Getränken aus Saugerflaschen und Trinkhilfen. Geradezu prädestiniert sind Hebammen dafür, Eltern bereits vor der Geburt des Kindes auf die Problematik der frühkindlichen Karies hinzuweisen und sie für die richtige Mundhygiene eines Säuglings und Kleinkinds zu schulen.

Foto: Colourbox



Junge Leute

Blick voraus

Wie Krankenkassen Jobeinsteigern den Rücken stärken und bei Prävention und Abbau von Stress am Arbeitsplatz unter die Arme greifen

Auszubildende leben gefährlich – insbesondere das starke Geschlecht: Gut elf Tage im Schnitt sind nämlich männliche Berufseinsteiger zwischen 15 und 19 Jahren krankgeschrieben. Diese Bilanz zieht der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse. Auffällig: Mehr als zehn Prozent der Fehlzeiten bei Berufselevs entfallen auf Arbeits- und Wegeunfälle – signifikant mehr als im Durchschnitt aller Beschäftigten. Nicht selten kämpfen die Berufsneulinge mit Rückenschmerzen. Die Ursachen: neben untrainierten Muskeln – einfach viel zu wenig Bewegung. Im Kampf gegen chronische Rückenschmerzen setzen Mediziner daher heute ganz gezielt auf Bewegungs- und Sporttherapien mit Motivierungs- und Beratungselementen, gepaart mit ausgewählten Entspannungs- und Stressbewältigungstechniken. So wundert es nicht, dass junge Leute bei der Wahl ihrer Krankenkasse gerade nach solchen Ausschau halten, welche im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung neben ausgefeilten Bewegungsprogrammen auch Kurse zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Rückengesundheit pekuniär unterstützen. Was heute leider immer wieder aus den Augen verloren wird: Auch Berufsanfänger leiden unter heftigem Konkurrenzkampf und befristeten Arbeitsverträgen. Hinzu kommen nicht selten utopische Zielvorgaben der Vorgesetzten, die den Druck verschärfen. Viele Jobeinsteiger sind zudem Perfektionisten. Permanent glauben sie, ans Limit gehen zu müssen, um dem Chef zu beweisen, dass sie die Richtigen für den Job sind. Überforderung am Arbeitsplatz führt allerdings nicht nur zu einer hohen Kündigungsbereitschaft der sogenannten Generation Y, wie der aktuelle Millennial Survey 2016 von Deloitte zeigt. Einige der sogenannten High Potentials finden bei all dem Stress im Job keine Erholung mehr, schlafen schlecht und werden psychisch krank. Das Phänomen Burn-out trifft daher heute nicht mehr nur Führungskräfte oder Menschen in sozialen Berufen im mittleren Alter. Auch immer mehr junge Berufsanfänger leiden unter dem „Ausgebranntsein“. Daher sehen es Berufseinsteiger als dickes Plus, wenn ihre gesetzliche Krankenkasse für qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen gegen Stress Gutschriften im Rahmen eines Bonusprogramms gewährt.



Top-Kassen für junge Leute

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
DAK-Gesundheit	exzellent
BKK Wirtschaft & Finanzen	exzellent
Die Schwenninger Krankenkasse	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
actimonda krankenkasse	sehr gut
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
AOK PLUS	sehr gut
AOK Sachsen-Anhalt	sehr gut
BARMER GEK	sehr gut
Betriebskrankenkasse Mobil Oil	sehr gut
BKK Faber-Castell & Partner	sehr gut
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	sehr gut
BKK Scheufelen	sehr gut
BKK VBU	sehr gut
BKK VDN	sehr gut
BKK24	sehr gut
energie-BKK	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut
Novitas BKK	sehr gut
Salus BKK	sehr gut



Alternative Medizin

Natürlich ergänzen

Akupunktur, Homöopathie oder Osteopathie sind kein Privileg privat versicherter Patienten. Auch in der GKV wird für alternative Behandlungsmethoden bezahlt

Top-Kassen für Anhänger der Alternativmedizin

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
BERGISCHE KRANKENKASSE	exzellent
IKK Brandenburg und Berlin	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	sehr gut



Die klassische Schulmedizin hat in den vergangenen Jahrzehnten eine beeindruckende Entwicklung genommen. Im Kampf gegen zahlreiche Erkrankungen wurden enorme Fortschritte erzielt durch den Einsatz neuer Medikamente und immer ausgefeilterer Behandlungs- und Operationsmethoden. Parallel dazu erfährt aber auch die alternative Medizin immer mehr Zuspruch. In einer Umfrage des IfD Allensbach aus dem Jahr 2015 gaben rund 22,4 Millionen Bundesbürger ab 14 Jahren an, dass sie bei Medikamenten großen Wert darauf legen, dass diese besonders schonend sind, beispielsweise Naturheilmittel sind oder auf pflanzlicher Basis hergestellt wurden.

Die beiden medizinischen Richtungen stehen sich nicht unversöhnlich gegenüber, auch wenn auf beiden Seiten der Streit mitunter sehr dogmatisch geführt wird. Am realistischsten ist wohl der Ansatz, sie als ergänzend zu betrachten – im Fachjargon spricht man statt von Alternativmedizin denn auch von Komplementärmedizin. So zumindest praktizieren es Millionen Patienten, zahlreiche Ärzte und auch die gesetzlichen Krankenkassen. Letztere haben die Erstattungen für alternative Arznei und Behandlungen in den letzten Jahren deutlich ausgebaut. Die Behandlung chronischer Schmerzen der Lendenwirbelsäule und eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose mittels Akupunktur hat es sogar in den regulären gesetzlichen Leistungskatalog geschafft. Wer seit mindestens sechs Monaten darunter leidet, kann sich gegen Vorlage seiner Versicherungskarte behandeln lassen. Allerdings nur bei zugelassenen Kassenärzten mit entsprechender Zusatzausbildung.

Die Vorgabe, dass nur ein Vertragsarzt mit besonderer Qualifikation aufgesucht werden kann, gilt für Mitglieder einer gesetzlichen Kasse meist auch für andere alternative Behandlungswege wie etwa die Osteopathie oder Homöopathie. Rund 60 Prozent der deutschen Bevölkerung schwören laut Allensbach-Umfrage auf Letztere. Was nicht weiter wundert. Denn der „Gesundheitsmonitor 2014“, eine repräsentative Studie der Bertelsmann Stiftung, zeigt: Bei mehr als 80 Prozent der Patienten, die von homöopathischen Ärzten behandelt wurden, besserten sich das Allgemeinbefinden und die seelische Verfassung. Am deutlichsten gingen mit 85 Prozent die körperlichen Beschwerden zurück. Dabei gaben 43 Prozent der befragten Homöopathie-Patienten an, den homöopathischen Arzt wegen einer chronischen Erkrankung aufgesucht zu haben. Als häufigstes Motiv nannten sie, „dass anderswo keine Besserung erzielt worden war“. Egal, ob Homöopathie oder Osteopathie: Die Kosten für Therapie und gegebenenfalls auch Arzneimittel werden dabei nur bis zu einem bestimmten Betrag im Jahr erstattet. Die genauen Modalitäten und Summen haben die Kassen in ihren Satzungen festgeschrieben.

Auch im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung zeigen sich die Kassen aufgeschlossen für Lehren und Praktiken abseits der Schulmedizin. So gibt es zum Beispiel Zuschüsse für Yoga- und Tai-Chi-Kurse oder Autogenes Training.

Foto: Can Stock Photo



Foto: 123RF

Anspruchsvolle



Kein Patient zweiter Klasse

Auch als gesetzlich Versicherter hat man Zugang zu Spitzenmedizin und innovativen Behandlungsmethoden – über gesonderte Leistungsverträge der Versicherung

Top-Kassen für Anspruchsvolle

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
DAK-Gesundheit	sehr gut
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
AOK NORDWEST	sehr gut
AOK PLUS	sehr gut
BKK VBU	sehr gut
BKK24	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut
Novitas BKK	sehr gut
SBK	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut

Kurzfristige Termine, separates Wartezimmer, Zugang zu Privatpraxen und modernster Medizin, Behandlung durch den Chefarzt, hohe Zuschüsse auch für aufwendigen Zahnersatz – die private Krankenversicherung hat den Nimbus einer First-Class-Versorgung. Mit begrenztem Zutritt, schließlich kann sich nur privat krankenversichern, wer als Angestellter mehr als 4687,50 Euro im Monat verdient (sogenannte Versicherungspflichtgrenze 2016) oder als Selbstständiger oder Freiberufler erwerbstätig ist. Keine Frage: Mit einem entsprechenden Tarif kann man sich als Privatpatient eine Top-Versorgung im Krankheitsfall erkaufen. Versicherte der GKV werden dagegen oftmals als Patienten zweiter Klasse gebrandmarkt. Zu Unrecht. Zum einen besteht auch in der GKV die Möglichkeit, einen Quasi-Privatpatienten-Status zu erlangen: mit dem Abschluss eines Wahltarifs mit Kostenerstattung. Der Versicherte tritt dann in der Praxis als Privatkunde auf und zahlt die Rechnung zunächst selber. Anschließend reicht er sie bei der Kasse ein und bekommt – mit einem kleinen Abschlag für den Verwaltungsaufwand – die Kosten erstattet. Der Arzt kann für die Behandlung dann z. B. ein erhöhtes Honorar gemäß der Gebührenordnung ansetzen. Dafür zahlt der Versicherte für den Wahltarif eine regelmäßige Prämie. Zugang zu Leistungen, die es in der GKV grundsätzlich nicht gibt, verschafft die Kostenerstattung jedoch nicht.

Auf eine Top-Versorgung muss man trotzdem nicht verzichten. Denn den gesetzlichen Kassen ist es in einem gewissen Rahmen freigestellt, gesetzliche Leistungen zu erweitern oder zusätzliche Leistungen ins Programm zu nehmen. Das können erweiterte Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen sein, Zuschüsse zu professionellen Zahnreinigungen oder eine begrenzte Kostenübernahme für alternative Behandlungsmethoden wie Homöopathie oder Osteopathie. Auch der Zugang zu innovativen Therapien oder Operationsmethoden (z. B. bei der Krebsbehandlung) ist möglich, wenn die betreffende Kasse gesonderte Leistungsverträge mit Ärzten oder Kliniken geschlossen hat, die diese anbieten. Solche Mehrleistungen gibt es ohne zusätzliche Kosten für die Versicherten. Sie sind fix in der Satzung der Kasse verankert und allen Kunden zugänglich. Kurzum: Auch anspruchsvolle Patienten können sich mit der passenden Kasse eine erstklassige Versorgung im Ernstfall sichern. Und auch wenn man Extras und Zusatzleistungen außen vor lässt, gilt, dass der gesetzliche Grundkatalog mehr zu bieten hat als viele private Tarife.

Foto: 123RF

sportler

Tritt in die Pedale

Wie Krankenkassen Hobby-Sportler wie Spitzenathleten therapieren – und warum gerade Bewegung so essenziell für unseren Organismus ist

Glotzen, chillen, erschlaffen: Die Teutonen sind wahre Couch-Potatoes. 42 Prozent der Bundesbürger hängen nach Feierabend nur auf dem Sofa ab. Das attestiert die aktuelle Forsa-Studie „Beweg Dich, Deutschland“. Besonders träge scheint dabei die Generation der bis zu 40-Jährigen zu sein: 55 Prozent der Befragten innerhalb dieser Altersgruppe erklären, ihr Tag sei so anstrengend, dass sie am liebsten abends nur noch entspannen wollen. Generell: Jedem Zweiten fehlt es an der nötigen Motivation, sich nach der Arbeit aufzuraffen, so die Bilanz der Forsa-Analyse. Entsprechend kurz sind die „Bewegungsphasen“. Rund ein Drittel der Befragten nimmt sich im Schnitt täglich nur eine halbe Stunde Zeit zum Radfahren oder ist per pedes unterwegs. Lediglich ein Drittel kommt auf eine Stunde tägliche Bewegung. Für den Organismus eine fatale Entwicklung, denn: „In Europa lassen sich rund 15 Prozent aller Krebserkrankungen auf mangelnde Bewegung zurückführen“, sagt Professor Karen Steindorf, Leiterin der Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen Krebsforschungszentrum. Zu weiteren Gesundheitsrisiken gehören neben der Rückbildung der Muskeln die Schwächung von Herz-Kreislauf- und Autoimmunsystem. Rheuma und Arthrose sind typische Folgeerkrankungen. Neben ungesunder Ernährung und einer dadurch mit verursachten Fettleibigkeit (Adipositas) ist gerade mangelnde Bewegung aus Sicht von Experten eine der Hauptursachen für Diabetes vom Typ 2. Dem wirken Sportbegeisterte erfolgreich entgegen. Mit regelmäßiger körperlicher Bewegung etwa kräftigen diese ihr Immunsystem und halbieren das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Selbst bewegungsfreudige Diabetiker benötigen medizinischen Studien zufolge auf Grund gesteigerter körperlicher Aktivität evident weniger Insulin. Doch gefeit vor Verletzungen sind auch gestählte Fitness-Freaks freilich nicht: Um nach Sportunfällen möglichst schnell wieder auf die Beine zu kommen, setzen Sportler heute gezielt auf Krankenkassen, die im Rahmen einer sogenannten integrierten Versorgung Patienten etwa bei Verletzungen von Knie, Schulter, Hüfte oder Sprunggelenk wie Spitzensportler therapieren. Dazu kooperieren die Krankenkassen in aller Regel mit speziellen Sportkliniken, bei denen Orthopäden, Unfallchirurgen und Physiotherapeuten Hand in Hand arbeiten. In aller Regel warten die Patienten nur sehr kurz auf einen OP-Termin und werden meist binnen zwei Tagen wieder nach Hause entlassen, was nachweislich den Heilungsprozess beschleunigt.

Top-Kassen für Sportler

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
DAK-Gesundheit	sehr gut
actimonda krankenkasse	sehr gut
AOK PLUS	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut



selbstständige



Sicherheit im Ernstfall

Für Selbstständige ist der Schutz im Krankheitsfall besonders wichtig. Für sie empfiehlt sich die Vereinbarung eines Krankengelds – gesetzlich geregelt oder über einen Wahltarif

Wer als Selbstständiger oder Freiberufler arbeitet, genießt die Freiheit, sein eigener Chef zu sein. Er trägt jedoch auch das Risiko, im Fall einer schwereren Erkrankung einige Wochen ohne Einkommen überbrücken zu müssen. Für Arzt oder Arzneikosten in dieser Zeit kommt die Krankenversicherung auf. Selbstständige haben die Wahl, sich privat zu versichern oder freiwilliges Mitglied der GKV zu werden. Anders als Angestellte, bei denen der Arbeitgeber die Hälfte des Kassenbeitrags übernimmt, müssen Selbstständige den kompletten Beitrag schultern. Gleich ist allerdings, dass der Beitrag vom Einkommen abhängt. Maximal müssen auf 4237,50 Euro im Monat Beiträge entrichtet werden (Beitragsbemessungsgrenze 2016), minimal auf 2178,75 Euro im Monat. Wer den Gründungszuschuss von den Agentur für Arbeit erhält, für den wird eine Mindesteinnahme von 1452,50 Euro unterstellt.

Der Beitragssatz richtet sich danach, ob eine Versicherung mit oder ohne Anspruch auf Krankengeld abgeschlossen wird. Mit Krankengeld sind es 14,6 Prozent (plus Zusatzbeitrag der Kasse). Das tägliche Krankengeld gibt es ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Es beträgt 70 Prozent des täglichen Arbeitseinkommens, maximal aber 98,88 Euro (Wert für 2016). Ohne den gesetzlichen Krankengeldanspruch beträgt der Beitrag 14,0 Prozent (plus Zusatzbeitrag). Die finanzielle Absicherung kann dann freiwillig erfolgen, zum Beispiel über einen Krankengeld-Wahltarif der Kasse. Mit ihm kann das Krankengeld auf den persönlichen Bedarf zugeschnitten werden und z. B. auch schon vor der 43. Woche der Arbeitsunfähigkeit fließen und höher ausfallen, als es die gesetzliche Regelung vorsieht. Oder es kann ein Tarif abgeschlossen werden, der das gesetzliche Krankengeld ergänzt oder nur bei Klinikaufenthalten zahlt. ●



Top-Kassen für Selbstständige

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
SBK	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut

Die Inhalte des Sonderdrucks stellen einen auszugsweisen und veränderten Nachdruck des in der FOCUS-MONEY-Ausgabe 23/2016 erschienenen Journals „Der große Kassen-Guide“ dar. Dieser wurde redaktionell unabhängig verfasst. Die HEK hat nachträglich um einen Sonderdruck gebeten.

Foto: Depositphotos