



Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse

Seit 1996 gesteht der Gesetzgeber gesetzlich Versicherten Wahlfreiheit im Hinblick auf die Wahl der Krankenkasse zu. Durch ein einfaches und sicheres Verfahren zum Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse hat der Gesetzgeber den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zudem immer wieder gestärkt. Gesetzlich Krankenversicherte sollen dahingehend angeregt werden, Leistungen, Service und Kosten zu vergleichen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, eine individuelle passende Krankenkasse zu finden.

Was gibt es zu beachten?

Grundsätzlich können gesetzlich Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres ihre Kasse wechseln, wenn sie dieser 18 Monate (Bindungsfrist) angehört haben. Etwas anderes gilt für Versicherte, die einen Wahltarif abgeschlossen haben. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate gerechnet vom Monatsende, in dem die Versicherten ihre Kündigung erklärt haben.

Beispiel: Die Kündigung geht am 20.01.2013 bei der Krankenkasse ein, dann findet der Wechsel zur neuen Kasse am 01.04.2013 statt.

Spätestens zwei Wochen nach Erhalt der Kündigung muss die bisherige Krankenkasse dem Versicherten eine Kündigungsbestätigung zukommen lassen. Diese ist notwendig, um bei der neuen Krankenkasse eine Mitgliedschaft zu beantragen. Die gewählte Krankenkasse stellt dann eine Mitgliedsbescheinigung aus. Diese muss bei der alten Krankenkasse vorgelegt werden, damit die Kündigung wirksam wird.

Impressum

Stand: 04.09.2018

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin

ViSdP: Thorben Krumwiede

Welche Besonderheiten bestehen beim Zusatzbeitrag/ Prämie?

Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, diesen erhöht oder ihre Prämienzahlung verringert, können die Versicherten von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Hier muss die 18-monatige Bindungsfrist nicht eingehalten werden. Die Kündigung muss bis zum Ende des Monats erfolgen, in dem der Zusatzbeitrag erhoben oder erhöht wird. Auf dieses besondere Kündigungsrecht müssen die Versicherten spätestens einen Monat vor der ersten Fälligkeit des veränderten Beitrages hingewiesen werden. Kommt die Kasse der Hinweispflicht nicht oder verspätet nach, gilt eine erklärte Kündigung als in dem Monat erklärt, in dem der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wurde. Eine Ausnahme besteht bei freiwillig Versicherten mit dem Wahltarif Krankengeld. Hier gelten trotz allgemeinem Sonderkündigungsrecht die jeweils mit der Krankenkasse vereinbarten Kündigungsfristen (Mindestfrist 3 Jahre).

Was passiert, wenn man einen Wahltarif abgeschlossen hat?

Hat man als Versicherter einen von seiner Krankenkasse angebotenen Wahltarif abgeschlossen, gelten andere Bindungsfristen. Bei Tarifen über besondere Therapierichtungen, Beitragsrück- und Kostenerstattungen gilt eine einjährige Mindestbindungsfrist. Bei Selbstbehalt- und Krankengeldtarifen gilt eine dreijährige Bindungsfrist. Für Wahltarife besonderer Versorgungsformen wie Hausarztmodelle oder strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen gilt keine Bindungsfrist. Gekündigt werden kann erst nach Ablauf der genannten Fristen, aber nicht vor Ablauf der 18 Monate. Die Satzung der Kasse muss aber Erleichterungen für besondere Härtefälle vorsehen. Kündigt der Versicherte nicht zwei Wochen vor Ablauf der Bindungsfrist, verlängert sich der Tarif automatisch.

Worauf muss bei der Wahl einer Krankenkasse geachtet werden?

Bei der Krankenkassenwahl selbst sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen. Nachfolgend einige der wichtigsten Punkte:

Höhe der „Beitragssätze“ (Zusatzbeitrag – Prämienzahlung)

Es kann in der Höhe der monatlichen Beiträge, beeinflusst durch einen Zusatzbeitrag oder eine Prämienzahlung, teilweise Unterschiede geben. Trotz Ersparnismöglichkeiten sollte man aber nicht nur auf die monatlichen Beiträge achten, sondern auch auf das Serviceangebot der Kasse.

Leistungen der Kasse

Obwohl die Leistungen der Kassen zu 95 % gleich sind, gibt es doch kleine, aber u.U. entscheidende Unterschiede, beispielsweise die Bezahlung von alternativen Heilmethoden oder Zuzahlungen bei ambulanten Kuren und in der häuslichen Krankenpflege.

Kontakt/Geschäftsstellennetz

Für einige Versicherte kann z.B. ein dichtes Geschäftsstellennetz wichtig sein, um sich lange Wege zu ersparen.

Chronisch Kranke

Auch für chronisch Kranke ist es ratsam die Angebote der Krankenkassen genau zu prüfen, ob gerade für ihre Erkrankung eine zusätzliche Leistung angeboten wird. Dabei kann es sich u. a. um strukturierte Behandlungsprogramme für unterschiedliche Krankheiten wie Diabetes oder Asthma handeln, bei denen man neben einer ärztlich koordinierten Behandlung und Betreuung gegebenenfalls auch Vergünstigungen bekommen kann.