

FOCUS **MONEY**

HOLE in ONE für Ihre **GESUNDHEIT**



Bei welchen **gesetzlichen KRANKENKASSEN**
Anhänger der Alternativmedizin, Anspruchsvolle,
aktive Ältere, Familien, Fitness-Fans, junge Leute,
Preisbewusste und Selbstständige
ERSTKLASSIG BEHANDELT werden



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



MANAGEN SIE IHRE GESUNDHEIT DIGITAL

MIT DER HEK SERVICE-APP – JEDERZEIT AN JEDEM ORT



EINFACH. ERSTKLASSIG.

GKV

Schwerer Spagat

Mehr und strukturierte Einbeziehung der ärztlichen Expertise in die gesundheitspolitischen Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums. Das forderte Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), im Vorfeld des 127. Deutschen Ärztetags in Essen heuer im Mai. „Nach dem Ende der Corona-Pandemie ist die Notwendigkeit nachhaltiger Reformen im Gesundheitswesen offensichtlicher denn je“, betonte Allgemeinmediziner Reinhardt.

Grundsätzlich kritisiert der mächtige BÄK-Boss, dass die Politik nicht verinnerlicht habe, vor welchen Herausforderungen das Gesundheitswesen dieser Tage stehe. „Wir brauchen Konzepte, wie in einer Gesellschaft des langen Lebens die Finanzierung unseres Krankenversicherungssystems bei einem stetig steigenden Behandlungsbedarf auf eine breitere und damit zukunftsfeste Basis gestellt werden kann“, mahnte Reinhardt. Auch brauche es Antworten auf die Frage, wie man digitale Anwendungen und künstliche Intelligenz im Sinne arztunterstützender Anwendungen wirklich praxistauglich und sicher für die Patientenversorgung machen könne.

Eine klare Ansage an die Politik. Beim Thema Digitalisierung zumindest drückt gerade Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auf die Tube. Dass Deutschlands Gesundheitswesen „in der Digitalisierung um Jahrzehnte zurückhängt“, könne man nicht länger verantworten, so SPD-Mann Lauterbach. Mit seinem neuen „Digitalgesetz“ will Lauterbach nunmehr vor allem die elektronische Patientenakte, das E-Rezept und digitale Disease-Management-Programme voranbringen.

Womit er beim GKV-Spitzenverband offene Türen einrennt. Ein probates Mittel allerdings, wie er die finanziellen Nöte der gesetzlichen Krankenkassen hierzulande – 2023 rechnen AOK & Co. mit einem dicken Minus von 17 Milliarden Euro – kurieren kann, hat Lauterbach bislang nicht parat. Hier muss der Gesundheitsminister unbedingt bald Lösungen liefern.

Zumal der gesetzlichen Krankenversicherung laut GKV-Spitzenverband heute rund 74,11 Millionen Mitglieder und Versicherte angehören – das sind fast 88 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland. Die Interessen der Majorität kann Professor Karl Lauterbach nicht einfach ignorieren!

Trotz knapper Budgets forcieren die Krankenkassen dennoch unentwegt moderne Medizin, bezahlen wichtige Funktionsträger des Gesundheitssystems wie Psychotherapeuten und Ergotherapeuten deutlich besser – und bauen ihr Portfolio an Heil- und Hilfsmitteln ständig aus.

Mit dieser Strategie erfreuen sich die Krankenkassen unverändert hohen Ansehens. Laut Umfrage sind 87 Prozent der Bürgerinnen und Bürger mit deren Arbeit zufrieden. Doch Kasse ist nicht gleich Kasse. Nur welche der – für die Allgemeinheit geöffneten – gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ist, entsprechend individuellen Vorlieben, Wünschen und Lebensphasenschnitten der Menschen, in medizinischer Hinsicht für wen die richtige?

Orientierung gibt jetzt unser neues GKV-Journal. Für insgesamt acht marktrelevante Personengruppen hat FOCUS MONEY – ausgerichtet an deren jeweiligen Bedürfnissen – in Zusammenarbeit mit dem DFSI in Köln die jeweils besten Kassen herausgefiltert. Viel Spaß bei der Lektüre!

Ihr




Inhalt

MODERNE MEDIZIN

4

Mit seiner Digitalisierungs-Offensive und steigenden Beiträgen zur Pflegeversicherung stärkt Bundesgesundheitsminister Lauterbach den Kassen den Rücken

MODERNES MATCHING

8

Welche Krankenkasse ist die richtige für mich? Antworten dazu liefert die zielgruppenspezifische Analyse des DFSI in Köln. Auf welchen Parametern die eingehende Diagnose beruht

MODERNE MENSCHEN

12

Daten-Matching macht's möglich: die Kassen mit den meisten Übereinstimmungen im Hinblick auf die individuellen medizinischen Wünsche moderner Familien, Sportler, Selbstständiger, junger Leute, Anhänger der Alternativmedizin, Preisbewusster, aktiver Älterer und Anspruchsvoller

IMPRESSUM

Redakteur: Thomas Schickling
Verlag: Die Verlagsbeilage erscheint in der FOCUS Magazin Verlag GmbH.

Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:
Georg Meck

Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags gestattet.

Druck: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg
Datenschutzanfrage: 0781-6396100, Fax: 0781-6396101; E-Mail: focus@datenschutzanfrage.de
Stand: Mai 2023



VOLLER TATENDRANG: Nicht nur mit Worten tritt Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gerade vehement für die so notwendige Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens ein

EINGEHENDER BEFUND

Medizin braucht digitale Hilfe

Mit der Digitalisierungsoffensive und steigenden Beiträgen zur Pflegepflichtversicherung stärkt Bundesgesundheitsminister Lauterbach den Krankenkassen den Rücken

von THOMAS SCHICKLING

Ärzte haben es am besten von allen Berufen: Ihre Erfolge laufen herum und ihre Misserfolge werden begraben.“ Würde Karl Lauterbach heute noch als Mediziner arbeiten, könnte der fröhliche Rheinländer wohl über das Bonmot des Humoristen Jacques Tati, des Schöpfers von „Monsieur Hulot“, herzlich schmunzeln. Doch als amtierender Bundesgesundheitsminister misst sich der Erfolg des gebürtigen Düreners an einer Gesundheitspolitik, die den Bürgerinnen und Bürgern einfach erklärt, warum vieles bleiben soll, wie es ist, warum anderes geändert werden sollte – und was unbedingt anders werden muss. Und damit hat Lauterbach dieser Tage wahrlich alle Hände voll zu tun.

Dem Vorstoß von Kassenärzte-Chef Andreas Gassen für eine Notaufnahme-Gebühr etwa hat der Gesundheitsminister eine Absage erteilt. Zwar werde intensiv über die Neu-

strukturierung der Notfallversorgung diskutiert – über eine Gebühr jedoch nicht, weswegen der Vorschlag keine Aussicht auf Umsetzung habe. Eine klare Entscheidung, die positiven Anklang in der Bevölkerung findet.

Umstritten aber sind Lauterbachs Pläne zur Legalisierung von Cannabis, um der Kriminalität den Boden zu entziehen und die Qualität von Cannabis-Produkten kontrollieren zu können. Der Gesundheitsminister tritt ein für eine Abgabe von Cannabis an Erwachsene „in klaren Grenzen (...), flankiert durch Präventionsmaßnahmen für Jugendliche“.

Bayern blockt ab. Pläne, die die bayerische Staatsregierung im Freistaat verhindern will. Auf Twitter nannte Ministerpräsident Markus Söder das Vorhaben einen „Irrweg“. Und Bundesärztekammer-Präsident Klaus Reinhardt befürchtet sogar, dass eine Legalisierung das Risikobewusst-

sein senke, die Droge verharmlose und gerade bei jungen Menschen zu mehr Konsum führe.

Zwar gibt Lauterbach selbst zu, dass die Cannabis-Legalisierung auch Restrisiken berge. Ziel des Bundesgesundheitsministers aber ist es, mit einer liberalen Drogenpolitik Deutschland eine Vorreiterrolle zu verschaffen und andere EU-Länder davon zu überzeugen mitzumachen.

Dringende Modernisierung. Sicherlich, einen Flop bei der Umsetzung einer liberalen Drogenpolitik könnte sich Virologe Lauterbach erlauben. Keinesfalls versagen allerdings darf der Bundesgesundheitsminister bei der Modernisierung und finanziellen Festigung der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV. Zumal der GKV laut GKV-Spitzenverband derzeit rund 74 Millionen Mitglieder und Versicherte angehören – das sind fast 88 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

Und die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatz- und Innungskassen tragen den Löwenanteil an den Ausgaben zur Bekämpfung von Krankheiten hierzulande: Aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamts zufolge schulterte die GKV im Jahr 2021 exakt 255,2 Milliarden Euro – was 53,8 Prozent aller Aufwendungen des deutschen Gesundheitswesens entspricht.

Um AOK & Co. fit für die Zukunft zu machen, hat nun SPD-Mann Lauterbach einen Gesetzentwurf für ein „Digitalgesetz“ auf den Weg gebracht. Denn Deutschlands Gesundheitswesen hänge, so Lauterbach, „in der Digitalisierung um Jahrzehnte zurück“. Das könne man nicht länger verantworten.

Zentraler Punkt der Offensive ist das sogenannte Opt-out-Verfahren für die elektronische Patientenakte, kurz ePA: Opt-out heißt: GKV-Angehörige erhalten künftig ihre ePA automatisch von der Krankenkasse und müssen dem aktiv widersprechen, falls sie kein Interesse an einer solchen Akte haben. „Das ist ein Automatismus. Man muss sich dann nicht mehr umständlich bewerben“, erklärt Insider Lauterbach. Dabei sollen gesetzlich Versicherte vom Smartphone aus einfach auf ihre Daten zugreifen und sie managen können. Nicht rütteln will Lauterbach hingegen am bestehenden, feingranularen Zugriffsmanagement, bei dem Versicherte bis auf die Ebene einzelner Dokumente frei entscheiden dürfen, welche Ärztin oder welcher Mediziner diese sehen oder nicht sehen kann. Was besonders den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wichtig ist.

Mit dem Digitalgesetz will Lauterbach auch dem E-Rezept endlich auf die Beine helfen: Ab 2024 soll dessen Nutzung verbindlich sein und sowohl mithilfe der Gesundheitskarte als auch via ePA-App von Patientinnen und Patienten einlösbar sein. Nicht zu vergessen: Die Verknüpfung von ePA

und E-Rezept trägt auch zu mehr Arzneimittelsicherheit bei, denn: Ein fast vollständig automatisch erstellter Medikationsplan kann ungewollte Wechselwirkungen vermeiden.

Innovationen in der Versorgung soll nach Vorstellung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zudem eine assistierte Telemedizin in Apotheken und den Gesundheitskiosken bringen. Gleiches gilt für digitalisierte Disease-Management-Programme (DMP), die das BMG als digital unterstützte DMP mit integralen digitalen Bestandteilen wie Digitalen Gesundheitsanwendungen konzipieren will.

Wie dem auch sei: Lauterbachs Agenda zufolge sollen rund 80 Prozent der gesetzlich Versicherten bis zum Jahr 2025 eine ePA haben. Und bis Ende 2025 ebenfalls 80 Prozent der ePA-Nutzer, die in medikamentöser Behandlung sind, über eine digitale Medikationsübersicht verfügen.

Und was sagen die Krankenkassen? Diese sind von Lauterbachs Digitalisierungs-Offensive durchaus angetan.

„Die elektronische Patientenakte hat das Potenzial, zum Herzstück eines digital modernisierten Gesundheitswesens zu werden“, erklärt Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands. Daher unterstütze man das Vorhaben, sie künftig allen gesetzlich Versicherten obligatorisch zur Verfügung zu stellen.

Wichtig ist dem Spitzenverband dabei die verpflichtende Befüllung der elektronischen Patientenakte durch Ärztinnen und Ärzte. „Denn nur so kann die ePA die medizinische Versorgung unterstützen“, betont Pfeiffer.

Mehr Pflege für die Pflege. Neben der Digitalisierung des Gesundheitswesens hat Minister Lauterbach auch die kränkelnde gesetzliche Pflegeversicherung fest im Blick – und will diese kurieren. Was dringend notwendig ist. Verbuchte doch die Pflegepflichtversicherung zum Jahresende 2022 ein dickes Defizit von rund 2,2 Milliarden Euro, so die Bilanz des GKV-Spitzenverbands. Dem vom Bundeskabinett

am 5. April 2023 gebilligten Gesetzentwurf des Gesundheitsministers zufolge soll daher ab 1. Juli 2023 der allgemeine Beitragssatz zur Pflegepflichtversicherung von 3,05 Prozent des Bruttoeinkommens auf 3,4 Prozent steigen, Kinderlose zahlen künftig vier Prozent statt bisher 3,4 Prozent. Eltern mit zwei und mehr Kindern hingegen müssen zwischen 3,15 und 2,4 Prozent berappen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung sollen sich mit der Anhebung der Beiträge um 6,6 Milliarden Euro pro Jahr erhöhen.

Und wie steht es mit den Leistungen? Zu den Verbesserungen, die 2024 wirksam werden, zählen eine fünfprozentige Erhöhung der Geld- und Sachleistungen für pflegende Angehörige und mehr Zuschüsse für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Müssen diese doch immer größere ▶

„Deutschlands Gesundheitswesen hängt in der Digitalisierung um Jahrzehnte zurück. Das können wir nicht länger verantworten“

BUNDESGESUNDHEITSMINISTER
KARL LAUTERBACH

KRANKENHAUS: Der Idee einer Notaufnahme-Gebühr hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach eine klare Absage erteilt



Anteile der Kosten für die Unterbringung in einem Pflegeheim aus eigener Tasche bezahlen.

Scheint alles bestens! Einen „Marshallplan“ für eine nachhaltige finanzielle Unterstützung der Kassen – die immer höhere Ausgaben an die Wand drücken – durch den Bund hat Minister Lauterbach allerdings bislang nicht aus dem Hut hervorgezaubert. Zwar konnte die GKV – wider alle Erwartungen – für das vergangene Jahr nach vorläufigem Jahresergebnis insgesamt ein Plus in Höhe von rund 451,43 Millionen Euro erzielen. Für 2023 allerdings rechnet die Branche mit

einem Minus von rund 17 Milliarden Euro – was die Kassen-Bosse sichtlich beunruhigt. Und den Worten Lauterbachs selbst zufolge nun „ein historisches Ausmaß“ angenommen hat. Dem Vorstoß von Wirtschaftswissenschaftler Bernd Raffelhüschen jedenfalls, dass gesetzlich Krankenversicherte zur Finanzierung des Gesundheitswesens jährlich künftig bis zu 2000 Euro Selbstbeteiligung zahlen sollten, hat Lauterbach kein Gehör geschenkt. „Für Uniprofessoren wie Herrn Raffelhüschen oder mich wären diese Vorschläge bezahlbar“, twitterte Lauterbach. „Für die große Mehrheit der Bevölkerung geht das nicht.“

Auch Leistungskürzungen bei der medizinischen Betreuung innerhalb der GKV sind für Karl Lauterbach (noch) tabu. Was aber nicht heißt, dass unnötige medizinische Leistungen nicht künftig doch mal zur Debatte stehen könnten.

Trotz Baustellen: Um die Qualität der medizinischen Versorgung der Klientel hochzuhalten, herrscht bei AOK & Co. viel Bewegung. So bekommen zum Beispiel Psychotherapeutinnen und -therapeuten von den Kassen deutlich mehr Geld: Das am 29. März 2023 beschlossene Vergütungsplus von insgesamt 80 Millionen Euro setzt sich zusammen aus

55 Millionen Euro für 2023 – und 25 Millionen Euro, die rückwirkend für das zweite Halbjahr 2022 gezahlt werden. Pro Therapeutin oder Therapeut bedeutet dies ein Plus von immerhin 1700 Euro pro Jahr. „Die ambulante Psychotherapie ist ein elementarer Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ich begrüße es daher, dass (...) eine Anpassung der Vergütung mit Augenmaß erreicht werden konnte“, erklärt Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstandin beim GKV-Spitzenverband.

Mehr Geld. Auch die Leistungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten hierzulande vergüten die Krankenkassen merklich besser: Seit 1. April 2023 erhält die Berufsgruppe 9,48 Prozent mehr Geld. Hausbesuche dürfen die Fachleute seit April ebenfalls höher abrechnen: Wer Patientinnen und Patienten ergotherapeutisch zu Hause behandelt, erhält ansehnliche 18,96 Prozent mehr aus dem Beitragstopf der GKV-Versicherten. Neue Regelungen betreffen außerdem die ergotherapeutische Schiene: Der Schwellenwert, ab dem ein Kostenvoranschlag an die Krankenkasse gegeben werden muss, wird von 200 auf 400 Euro verdoppelt.

Zudem hat der GKV-Spitzenverband in den vergangenen zwölf Monaten das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis der Kassen weiter überarbeitet und fast 3000 Hilfsmittel neu in den Katalog aufgenommen. Zu den neuen digitalen Hilfsmitteln zählt zum Beispiel ein digitaler Medikamentenspender, der Pflegebedürftige dabei unterstützt, selbstständig ihre Arzneimittel zu nehmen. Außerdem gibt es jetzt ein Assistenzsystem als Pflegehilfsmittel, das unter anderem Stürze erkennt. Was zeigt: „Die Digitalisierung verbessert die Hilfsmittelversorgung und ermöglicht Innovationen, die ein selbstständiges Leben trotz Einschränkungen erleichtern“, sagt Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands. Mit der jährlichen Fortschreibung des Verzeichnisses sei gewährleistet, dass solche neuen Produkte schnell in die Versorgung kämen und den GKV-Versicherten zur Verfügung stünden. „Gleichzeitig garantiert die regelmäßige Prüfung die medizinische und technische Qualität der Hilfsmittel“, erklärt Fachmann Kiefer.

Gerade mehr respektive bessere Leistungen animieren gesetzlich Versicherte zum Kassenwechsel, so eine Studie des Marktforschers Heute und Morgen. Doch welche Krankenkasse ist – angesichts unterschiedlicher medizinischer Präferenzen Versicherter – erste Wahl? Eine Frage, die Bürgerinnen und Bürgern auf der Seele brennt. Egal, ob Familien, Preisbewusste oder Sportler: Welche Kasse für welchen Typus top ist – das hat das Deutsche Finanz-Service Institut (DFSI) analysiert. Zusammen mit den Fachleuten des DFSI hat FOCUS MONEY für acht Personengruppen aus dem Gros der Kassen die jeweils besten Anbieter (s. Methode S. 8 und S. 10 sowie Profile S. 12 ff.) herausgearbeitet. ■

„Die elektronische Patientenakte hat das Potenzial, zum Herzstück eines digital modernisierten Gesundheitswesens zu werden“

DORIS PFEIFFER, VORSTANDSVORSITZENDE DES GKV-SPITZENVERBANDS

Anamnesebogen: Basis der Befunde

Jedem der insgesamt acht Versichertenprofile im Journal sind Leistungen zugeordnet, die über das gesetzliche Maß hinausgehen respektive nicht im regulären Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind und die für die jeweilige Zielgruppe einen Mehrwert darstellen. Anhand zahlreicher Daten, die das unabhängige Portal www.gesetzlichekrankenassen.de regelmäßig von den Wettbewerbern mittels eines umfangreichen Fragebogens erfasst, und auf Basis selbst erhobener Daten ermittelten die Experten des Deutschen Finanz-Service Instituts (DFSI) in Köln, welche Krankenkassen hierzulande die höchste Übereinstimmung mit dem jeweiligen Profil aufweisen. Die besten für die Allgemeinheit geöffneten Anbieter sind in den Tabellen zu den einzelnen Profilen (s. S. 12 ff.) abgebildet. Die der Benotung zugrunde liegenden Punkte in den einzelnen Leistungsbereichen wurden wie folgt ermittelt:

Wahltarife:

je Wahltarif zwei Punkte; ein Zusatzpunkt, wenn bei Beitragsrückerstattung in Anspruch genommene ärztliche Leistungen ohne weitere Verordnung nicht angerechnet werden; beim Profil „Junge Leute“ maximal vier Punkte, wenn die Beitragsrückerstattungsprämie höher als 400 Euro innerhalb der ersten drei Jahre ist, drei Punkte, wenn sie mehr als 300 Euro beträgt, zwei Punkte für mehr als 200 Euro und ein Punkt, wenn die Summe unter 200 Euro liegt, sowie Zusatzpunkte, wenn der maximale Vorteil schon im ersten Jahr möglich ist oder auch ohne Kostenersatzverfahren gemäß § 13 SGB V nutzbar ist. Beim Selbstbehaltwahltarif wird zudem die Relation zwischen Prämie und Selbstbehalt miteinbezogen.

Zusatzleistungen:

je eigenständige Zusatzleistung im gesamten Versorgungsgebiet der Kasse zwei Punkte; bei der Hautkrebsvorsorge ein Zusatzpunkt, wenn der Einsatz eines Auflichtmikroskops inbegriffen ist; beim Profil „Familien“ zusätzlich drei Punkte, wenn die künstliche Befruchtung zu 100 Prozent übernommen wird, oder ein Punkt, wenn weniger Zuschüsse fließen. Ist die Kostenübernahme je Zusatzleistung zusammen mit anderen Leistungen durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl je nach Anzahl der sich das Budget teilenden Leistungen mit einem Faktor zwischen 0,2 und 0,9 gewichtet (GK-Faktor). Um die Budgethöhe des Gesundheitskontos miteinzubeziehen, wird die Budgethöhe durch die Anzahl der darin enthaltenen Leistungen geteilt (Budgetfaktor). Ausgehend von 30 Euro je Leistung, kann diese den Gesundheitskontofaktor erhöhen oder erniedrigen. Ist die angebotene Leistung lediglich regional verfügbar, so wurde die erreichte Punktzahl nur anteilig mit dem Faktor multipliziert, welcher angibt, in wie vielen Bundesländern die Leistung im Versorgungsgebiet der jeweiligen Krankenkasse angeboten wird (Regionalfaktor). Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus.

Individuelle Gesundheitsförderung:

ein halber Punkt für das generelle Angebot. Werden zwei Kurse aus einem Handlungsfeld pro Jahr bezuschusst, gab es einen halben Punkt extra; einen weiteren halben Punkt, wenn im jeweiligen Bereich auch ein zertifiziertes Onlineprogramm angeboten wird. Wurde auch die Höhe der Regelerstattung je Fremd- bzw. Eigenkurs betrachtet, gab es zwei Punkte, wenn der Prozentsatz, bis zu dem die Kosten für Fremd- bzw. Eigenkurse von der Krankenkasse übernommen werden, bei 100 Prozent lag, 1,5 Punkte bei mindestens 90 Prozent und einen Punkt bei mindestens 80 Prozent; bei der Bewertung der durchschnittlichen Erstattungshöhe für einen Gesundheitskurs konnten für mindestens 250 Euro (ohne Begrenzung) zwei, für mindestens 150 Euro 1,5 und für mindestens 75 Euro ein Punkt(e) erzielt werden.

Besondere Versorgung:

je Indikation ein Punkt bei Verfügbarkeit im gesamten Versorgungsgebiet sowie ein weiterer Punkt, wenn das Angebot in jedem Bundesland besteht, in dem die Krankenkasse aktiv ist; ein Punkt, wenn das Angebot nur regional begrenzt besteht. Sollte bei dem Vertrag die bewertete Indikation eine reine digitale Leistung sein, werden zwei Punkte vergeben. Die Summe aller Punkte in dieser Kategorie wurde dann mit 25 Prozent gewichtet.

Alternative Medizin:

bis zu zwei Punkte, wenn für ein Verfahren bei allen zugelassenen Leistungserbringern im Versorgungsgebiet gezahlt wird, ohne dadurch ein vorbehaltlos verfügbares Gesundheitsbudget zu belasten. Diese Punktzahl reduziert sich jeweils, wenn entweder die Leistung nur bei ausgewählten Leistungserbringern bezahlt wird, die Leistungserbringung nur regional verfügbar ist (Regionalfaktor), nur für eine bestimmte Personengruppe gilt oder damit ein gedeckeltes Budget belastet wird (GK-Faktor). Analog wie bei den Zusatzleistungen wurde auch hier der Budgetfaktor miteinbezogen. Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert wer- ►

den, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus. Beim Profil „Anhänger der Alternativmedizin“ wurden die homöopathischen Medikamente und osteopathischen Behandlungen auf Basis ihrer Erstattungshöhe dreifach bewertet.

Bonusprogramme:

ein Punkt je bonifizierte Maßnahme. Wurde die Bonushöhe bewertet, gab es für eine maximale Bonussumme von mehr als 300 Euro fünf Punkte, darunter abgestuft ein bis vier Punkte; bei Betrachtung der durchschnittlichen Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme fünf Punkte bei mindestens 40 Euro, darunter abgestuft ein bis vier Punkte; beim Profil „Familien“ getrennte Betrachtung der durchschnittlichen Bonushöhe in Programmen für Erwachsene und Kinder, wobei die erzielte Punktzahl in beiden Programmen addiert und durch zwei geteilt wurde.

Vorteilsprogramme:

zwei Punkte jeweils für die Zuzahlungsfreiheit bestimmter Generika oder Hilfsmittel. Ein Punkt bei einer Reduktion der Zuzahlung.

Service:

zwei Punkte je vorhandene Serviceleistung; beim Profil „Anspruchsvolle“ zusätzliche zwei Punkte bzw. ein Punkt, wenn am Servicetelefon ausschließlich bzw. überwiegend Sozialversicherungsfachangestellte sitzen; beim Profil „Familien“ zwei Punkte für eine 24/7-Hotline und ausschließlich Sozialversicherungsfachangestellte, ein Punkt, wenn zumindest eine 24/7-Hotline vorhanden ist; bei fremdsprachigem Service 0,5 Punkte je Sprache (max. aber 4,5 Punkte); bei Geschäftsstellennetz max. je 2,5 Punkte für die Kennziffer „Versicherte je Geschäftsstelle“ und für die Kennziffer „Geschäftsstellen je Bundesland“.

Auslandsschutz:

zwei Punkte, wenn für alle Reiseschutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amts geleistet wird. Ein Punkt, wenn nur für eine Auswahl der Empfehlungen oder eine andere Auswahlliste geleistet wird. Für die Erstattung der Impfleistung und des Impfstoffs konnten ebenfalls zwei Punkte erreicht werden. Wenn diese nicht zu 100 Prozent bzw. nur im Rahmen eines Gesundheitskontos erstattet werden, wurde diese Punktzahl mit dem jeweiligen GK-Faktor bzw. Erstattungsprozentsatz gewichtet. Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die maximal erreichbare Punktzahl hinaus.

Zahnmedizin:

zwei Punkte für kostenlose professionelle Zahnreinigung (PZR) für alle Versicherten, zwei weitere Punkte für einen Zuschuss zur professionellen Zahnreinigung für alle Versicherten; je zwei Punkte für über die Pflichtleistung hinausgehende spezielle Zahnbehandlungen, ein Punkt für zahnmedizinische Beratung; zwei Punkte für Zahnersatz zum Nulltarif (z. B. bei Regelversorgung und vollem Bonus durch Nachweis regelmäßiger Zahnvorsorge) und vergünstigten Zahnersatz. Ist die Kostenübernahme der jeweiligen zahnmedizinischen Leistung zusammen mit anderen Leistungen durch ein Budget gedeckelt (Gesundheitskonto), wurde die erreichte Punktzahl mit dem GK-Faktor, inklusive Budgetfaktor, gewichtet. Ist die angebotene Leistung nur regional verfügbar, so wurde die erreichte Punktzahl nur anteilig mit dem Regionalfaktor multipliziert. Kann die Leistung über eine zweckgebundene Bonusprämie ausschließlich beziehungsweise zusätzlich finanziert werden, erhöhte sich die Punktzahl um 0,2 Punkte, aber nicht über die jeweils maximal erreichbare Punktzahl hinaus. ■

So bewertete das DFSI

Grundlage des Tests bilden die aktuellen Daten über 68 von insgesamt 73 allgemein geöffneten gesetzlichen Kassen. Stichtag der Analyse war der 24.4.23. Die Benotung der Kassen bei den einzelnen Versichertenprofilen resultiert aus der erzielten Punktzahl. Sie reicht von „exzellent“ bis „mangelhaft“. Die Bestnote ging dabei an all jene Kassen, die zu den besten zehn Prozent der Rangliste gehören. Die Note „sehr gut“

ging an die darunterliegenden zehn Prozent auf der Punkte-skala. Die übrigen Bewertungen („gut“, „befriedigend“, „ausreichend“ und „mangelhaft“) erfolgten dann entsprechend in 20-Prozent-Schritten. Für die Langfrist-Auswertung über den Zeitraum 2014 bis 2023 galt folgende Systematik: Kassen mit einer „exzellenten“ Bewertung im jeweiligen Jahr erhielten sechs Punkte. Krankenkassen mit einer „sehr guten“

Bewertung fünf Punkte, mit „gutem“ Urteil vier Punkte, einem „befriedigenden“ Ergebnis drei Punkte. Und „ausreichende“ bzw. „mangelhafte“ Kassen schließlich zwei respektive einen Punkt. Die pro Jahr erzielten Punkte je Krankenkasse wurden aufaddiert.



Thomas Lemke
ist Geschäftsführer
des DFSI in Köln





GEMEINSCHAFT

Hand in Hand

Familien geht es gesundheitlich schlechter als noch im Jahr 2018. Immer umfangreicher wird daher das aktuelle Spektrum medizinischer Leistungen für die Eltern-Kind-Gemeinschaft

Mit Familienpolitik können wir Zusammenhalt und Resilienz unserer Gesellschaft stärken“, erklärte Bundesfamilienministerin Lisa Paus am 20. März anlässlich der Präsentation des „Familienbarometers“. Dafür müsse man die Rahmenbedingungen für Familien so gestalten, dass sie zu den Bedürfnissen von Familien passen.

Fatale Verhältnisse. Was auch bitter nötig ist, denn: Familien in Deutschland ging es im vergangenen Jahr schlechter als noch 2018. Dies zeigt die AOK-Familienstudie 2022. Nur 64 Prozent der befragten Eltern schätzen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder gar „sehr gut“ ein, bilanziert die repräsentative Expertise. Zum Vergleich: 2018 waren es immerhin noch 76 Prozent. Zudem gab mehr als ein Drittel der Interviewten an, unter finanzieller (40 Prozent) und psychischer Belastung (34 Prozent) vehement zu leiden. Im Jahr 2018 waren es in beiden Kategorien lediglich 27 Prozent. Die Sorgen der Mütter und Väter übertragen sich der Studie zufolge wiederum mitunter auf den Nachwuchs: Knapp ein Drittel der Kinder sind in ihrem seelischen Wohlbefinden beeinträchtigt, so das Resümee des AOK-Reports.

Eine besorgniserregende Entwicklung. Nicht umsonst richten die Kassen ihr medizinisches Leistungsspektrum bewusst auf die vielfältigen Bedürfnisse von Familien aus.

Beispiel: Kinderheilkunde. Seit März übernehmen 55 Kassen die Kosten einer umfangreichen molekularen Krebsdiagnostik für krebskranke Kinder mit einem Rückfall oder einer Hochrisikoerkrankung. Entsprechende Verträge haben das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Universitätsklinikum Heidelberg mit den AOKs und Betriebskrankenkassen abgeschlossen. Bislang wurde die molekulare Krebsdiagnostik für Kinder und Jugendliche allein durch Projektförderung und private Spenden ermöglicht.

Gerade für Familien mit schwerstkranken Kindern sind jene Krankenkassen immens wichtig, welche im Rahmen der besonderen Versorgung ihr Augenmerk gezielt auf Kindererkrankungen legen und damit heute die Genesung junger Patientinnen und Patienten nachhaltig unterstützen.

Ungewollt kinderlos. Auch das Thema Unfruchtbarkeit macht Familien zu schaffen. Jeder sechste Mensch auf der Welt ist nach einem aktuellen Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Unfruchtbarkeit betroffen. Das Familienministerium berichtet, dass fast jedes zehnte Paar zwischen 25 und 59 Jahren hierzulande ungewollt kinderlos ist. Darum übernehmen auch die Kassen Zuschüsse zu Kinderwunschbehandlungen. Verheirateten Ehepaaren, die gesetzlich krankenversichert sind, wird generell bei jeder



Krankenkasse die Hälfte der genehmigten Behandlungskosten einer künstlichen Befruchtung erstattet. Voraussetzung: Die Frau ist älter als 25 Jahre und jünger als 40 Jahre; der Mann ist älter als 25 Jahre und jünger als 50 Jahre. Alle Krankenkassen müssen für eine festgelegte Anzahl von Behandlungen zahlen, etwa für die ersten drei Versuche einer In-vitro-Fertilisation, bei welcher die Eizelle im Reagenzglas befruchtet und dann in die Gebärmutter implantiert wird.

Über das Maß hinaus. Zuschüsse bekommen nur verschiedengeschlechtliche Ehepaare, homosexuelle Paare gehen (bislang noch) leer aus. Der Zuschuss wird in aller Regel pro Person gewährt. Sind beide Eheleute bei derselben Kasse versichert, erhält damit jeder den Zuschuss zu ihren oder seinen Behandlungskosten. Besonders interessant für Familien mit Kinderwunsch sind gerade jene Krankenkassen, die den Zuschuss erhöhen, wenn die Eheleute derselben Kasse angehören. Übertragbar aber ist der Zuschuss meist nicht. Braucht etwa der Mann weniger von seiner Zusatzleistung, kann er die Restsumme nicht einfach seiner Frau „überschreiben“.

Die Familie ist auch ein wichtiger Akteur, wenn es darum geht, Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln dem Nachwuchs zu vermitteln und mit ihm im Alltag einzuüben. Nach Darstellung der AOK-Familienstudie 2022 jedoch fehlt vielen Familien in Deutschland das Wissen über eine gesunde und klimafreundliche Ernährung. 43 Prozent der Eltern verfügen nur über eine inadäquate oder problematische Ernährungskompetenz, so die Bilanz der Studie. In der Folge gebe es, so der AOK-Report, vermehrt übergewichtige Kinder in Deutschland. Darum sind für viele Familien besonders jene Kassen top, die sowohl den Eltern als auch dem Nachwuchs im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung mit qualifizierten Kursen zur Vermeidung von Mangel- respektive Fehlernährung hilfreich zur Seite stehen. ■

ABGEFRAGTE KRITERIEN

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Frauenerkrankungen, Kindererkrankungen

Zusatzleistungen: erweiterte Leistungen für Haushaltshilfen (mit Kind im Haushalt), künstliche Befruchtung, Brustkrebs, Check-up für Versicherte unter 35, Schutzimpfungen (ohne Reiseschutz), Hebammen-Rufbereitschaftspauschale, Rooming-in bei Kindern, zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Angebote zusätzlicher Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, zusätzliche persönliche Hebammenberatung, Akupunktur in der Schwangerschaft, Kostenübernahme für Geburtsvorbereitungskurs für den Partner, erweiterte Jugenduntersuchungen, Hebammenvermittlung

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung/Reduktion von Übergewicht, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Erstattung je Kurs für Fremd- und eigene Kurse der Kasse

Bonusprogramme: durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme in Programmen für Erwachsene und Kinder; **Auslandsschutz:** Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen; **Serviceleistungen:** Service-Hotline 24/7, med. Info-Hotline 24/7, Onlineanträge Rechnungserst.

Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner bzw. extra aufgestelltes Betreuungsteam, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, Geschäftsstellennetz, telefonische Hebammenberatung, Online-Elternzeitrechner

Top-Kassen für Familien

Kasse	Note
AOK Baden-Württemberg	exzellent
AOK Bayern	exzellent
AOK PLUS	exzellent
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	exzellent
BERGISCHE KRANKENKASSE	exzellent
BKK Wirtschaft & Finanzen	exzellent
DAK-Gesundheit	exzellent
energie-BKK	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
hkk Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
VIACTIV Krankenkasse	exzellent
AOK Hessen	sehr gut
BAHN-BKK	sehr gut
BARMER	sehr gut
BKK VBU	sehr gut
BKK VDN	sehr gut
BKK24	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK classic	sehr gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	sehr gut
mhplus Betriebskrankenkasse	sehr gut
Mobil Krankenkasse	sehr gut
Salus BKK	sehr gut

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
AOK Baden-Württemberg	60
AOK PLUS	60
DAK-Gesundheit	60
HEK – Hanseatische Krankenkasse	59
TK – Techniker Krankenkasse	58
IKK Südwest	54
AOK Hessen	53

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung

BEWEGUNGSMUSTER

Jump Shot für die Gesundheit

Sport wirkt präventiv gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und hält geistig fit. Das attestiert die Wissenschaft. Wie Krankenkassen das Fitnessbewusstsein der Versicherten fördern



Als echter Early Bird sind Sie bereits in den frühen Morgenstunden so agil wie ein Duracell-Hase – und joggen täglich vor dem Frühstück eine große Runde?

Dann dürfte Sie diese Meldung in Ihrem Ritus bestätigen: Wer morgens Sport treibt, könnte besser vor Herz-Kreislauf-Beschwerden und Schlaganfällen geschützt sein. Zu dieser Erkenntnis gelangte eine Arbeitsgruppe der Section of Gerontology and Geriatrics der Universität Leiden in den Niederlanden. Damit unterstreichen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die potenzielle Bedeutung der sogenannten Chronoaktivität – im Klartext die Auswahl des Zeitpunkts für körperliche Aktivität – bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Ergebnisse publizierten die Forscherinnen und Forscher im Fachmagazin „European Journal of Preventive Cardiology“ (Ausgabe Februar 2023).

Grundlage der Studie bildet die Analyse der Daten von 86 600 Menschen aus der UK Biobank, einer Datenbank mit Lebensstil- und Gesundheitsinformationen von rund 500 000 Personen aus dem Vereinigten Königreich. Das Protokoll: Die Forschungsgruppe erfasste die körperliche Aktivität der Teilnehmenden über sieben Tage und zog daraus Rückschlüsse auf das langfristige Aktivitätsniveau. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich insgesamt über sechs Jahre. Dabei stellten die Forschenden fest, dass jene Probanden, die am Morgen Sport trieben, ein um 16 Prozent geringeres Risiko für koronare Herzkrankheiten und ein um 17 Prozent niedrigeres Schlaganfallrisiko aufwiesen als diejenigen, die sich eher am Mittag bewegten.

Egal, ob beim Joggen, Tennis, Radfahren oder Gerätetraining im Fitnessstudio: Körperlich aktiv zu sein, ist ein zentraler Baustein für unsere Gesundheit. Bewegung hat einen positiven Effekt auf unser körperliches, seelisches und geisti-

ges Wohlbefinden. Der Clou dabei: Dazu müssen keineswegs Höchstleistungen erbracht werden. Die Weltgesundheitsorganisation etwa empfiehlt 2,5 Stunden moderaten Sport pro Woche, um dauerhaft physisch und psychisch fit zu bleiben.

Schon ein kurzer, schneller Spaziergang am Tag kann das Leben verlängern. Dies attestiert die Analyse „Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies“. Der im „British Journal of Sports Medicine“ veröffentlichten Untersuchung (März 2023) zufolge verhindern bereits 75 Minuten moderate Bewegung pro Woche – macht weniger als elf Minuten pro Tag – einen von zehn vorzeitigen Todesfällen, da Bewegung das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs senkt. Das Ergebnis basiert auf einer Auswertung von 196 Studien, an denen gut 30 Millionen Menschen teilgenommen haben.

Sport schützt die grauen Zellen. Wer als Erwachsener regelmäßig Sport treibt, darf zudem im Alter auf einen längeren Erhalt seiner kognitiven Fähigkeiten hoffen. Zu diesem Resultat kommt eine im „Journal for Neurology, Neurosurgery & Psychiatry“ im Februar erschienene Studie auf Basis von Daten des britischen „Maternity Survey“, der erstmals 1946 aufgelegt wurde und der die Teilnehmenden über ihr ganzes Leben immer wieder befragt und getestet. Das Ergebnis beruht auf der Auswertung von Zahlenwerken von insgesamt 1500 Probanden des „Maternity Survey“ im Alter von 69 Jahren. Dabei prüften die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei diesen etwa erste Anzeichen von Demenzerkrankungen und wie schnell deren Gehirn Informationen verarbeitet. Alle Teilnehmenden waren in der Vergangenheit zudem im Abstand von zehn Jahren befragt worden, ob sie regelmäßig Sport trieben. Das Ergebnis: Geis-

tig am leistungsfähigsten waren jene Seniorinnen und Senioren, welche sich regelmäßig fit hielten – egal, ob im Alter von 36, 43, 53 und 63 Jahren oder mit 69 Lenzen. Gut zu wissen: Die Menschen, die in mehreren Lebensjahrzehnten regelmäßig Sport trieben, waren nach Aussagen der Analyse geistig besonders leistungsfähig. Was deutlich macht: Sport unterliegt wohl einem sogenannten kumulativen Effekt.

Dass Fitness-Fans seltener von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes betroffen sind und im Alter geistig agiler agieren, ist auch den gesetzlichen Krankenkassen längst klar. Darum honorieren und fördern sie auch gezielt den Sportsgeist ihrer Versicherten: Wer beispielsweise Mitglied im Sportverein ist, das Sport- oder Schwimmbadbesitzer ist, das Sport- oder Schwimmabzeichen besteht oder an Sportveranstaltungen teilnimmt, bekommt im Rahmen sogenannter Bonusprogramme wahlweise Barprämien ausgezahlt oder kann sich Zuschüsse sichern, etwa für Gesundheitskurse oder eine professionelle Zahnreinigung. Prämien und Zuschüsse winken Versicherten außerdem zum Beispiel für den Nachweis eines umfassenden Impfschutzes oder der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsterminen.

Schattenseiten des Sports kurieren. Sport hat allerdings auch seine unschönen Seiten. Fachleuten zufolge verletzen sich in Deutschland Jahr für Jahr etwa zwei Millionen Menschen bei ihren Fitnessaktivitäten. Sprunggelenks- und Knieverletzungen bilden dabei das Gros der Malaisen. Hierbei handelt es sich in der Regel um Rupturen und Distorsionen der Kapsel-Band-Apparate, vielfach durch Umknien

oder Verdrehen beim Laufen, Springen oder Landen verursacht.

Auf Selbstheilungskräfte setzen. Um schnell wieder auf die Beine zu kommen, setzen immer mehr Sportbegeisterte auf jene Kassen, die den Versicherten das kinesiologische Taping bezuschussen. Bei dieser Methode werden Patienten elastische, auf der Haut haftende Streifen gedehnt auf die Haut geklebt, um die Selbstheilungskräfte des Körpers zu aktivieren und Schmerzen zu lindern. Das auf die Haut aufgebrachte Tape soll darunterliegende Gewebeschichten bewegen, Schmerzsensoren beeinflussen, Muskelkontraktionen, Lymphfluss und Gelenkfunktion stimulieren. Zudem sollen Nervenzellen angeregt und die Durchblutung in dem betreffenden Bereich gefördert werden. Die Methode stammt vom japanischen Arzt und Chiropraktiker Kenzo Kase. Dieser suchte in den 1970er-Jahren nach Alternativen, um Schmerzen auf natürliche Weise zu lindern. Seine ersten Patienten waren Sumo-Ringer. Den Weg nach Europa schließlich fand das Taping durch den Profifußball. ■



ABGEFRAGTE KRITERIEN

Wahltarife: Selbstbehalttarif (Abwahltarif) gemäß § 53 Abs. 1 SGB V, Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit gemäß § 53 Abs. 2 SGB V

Bonusgutschrift im Rahmen eines Bonusprogramms für: Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Hochschulsport und Challenges mit Fitnesstracker, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Einhalten von Normalgewicht, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport, Bonushöhe

Über das gesetzliche Mindestmaß hinausgehende Leistungen für: Vorsorgeuntersuchungen, spezielle Medikamente, sportmedizinische Untersuchung

Übernahme von Kosten für alternative Medizin im ambulanten Bereich für: Traditionelle Chinesische Medizin, homöopathische Medizin, Reflexzonenmassage, Shiatsu, kinesiologisches Taping

Besondere ambulante bzw. integrierte Versorgung im Bereich: Orthopädie, Versorgungsmanagement beim Stütz- und Bewegungssystem

Zuschüsse zur individuellen Gesundheitsförderung im Bereich: Vorbeugung/ Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Förderung von Entspannung, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Fremdkursen

Serviceleistungen: Onlinefiliale, Service-Hotline (Video und Chat), Reha-Beratung, Krankenhaussuchportal

Top-Kassen für Sportler

Kasse	Note
AOK PLUS	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
AOK Hessen	sehr gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	sehr gut
Continental Betriebskrankenkasse	sehr gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	sehr gut
mhplus Betriebskrankenkasse	sehr gut
Mobil Krankenkasse	sehr gut

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
HEK – Hanseatische Krankenkasse	60
SECURVITA Krankenkasse	60
TK – Techniker Krankenkasse	60
AOK Baden-Württemberg	50
DAK-Gesundheit	50
AOK PLUS	49
IKK Südwest	48
IKK Brandenburg und Berlin	46

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung



ZEITGEIST

Gesunde Einstellung

Nachhaltige Raucherentwöhnung und gezielte Prävention von Übergewicht und Adipositas. Das unter anderem verlangen heute junge Erwachsene von ihrer gesetzlichen Krankenkasse

Cooler Cowboy, lässig mit einer Kippe im Mundwinkel auf dem Pferd, das Lasso in der Hand: Als „Marlboro Man“ gelangte Robert Norris in TV-Werbekampagnen von Philip Morris zu Weltruhm. 2019 verstarb der Rancher aus Colorado im Alter von 90 Jahren. Beigetragen zu diesem babylonischen Alter hat wohl, dass Norris nach eigenem Bekunden zeitlebens nicht geraucht hat.

Nur leider erleben die Glimmstängel hierzulande eine Renaissance – vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen: 40,8 Prozent der Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 24 Jahren etwa konsumierten im Jahr 2022 täglich Tabak. Zum Vergleich: 2021 waren es lediglich 36,1 Prozent. Zu diesem Ergebnis kommt die aktuelle DEBRA (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten)-Studie vom Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Was aus medizinischer Sicht besonders bedenklich ist: Seit Beginn der DEBRA-Studie im Jahr 2016 hat es hierzulande noch nie so eine hohe Tabakraucher-Quote unter jungen Erwachsenen gegeben.

Tabakrauch enthält mehr als 250 Stoffe, die toxisch und krebserregend sind. Für etwa ein Fünftel aller Krebserkrankungen wird das Rauchen direkt verantwortlich gemacht.

Auch Herzkrankheiten und Bluthochdruck sowie Schlaganfälle und chronische Bronchitis sind häufig die Folgen des Tabakkonsums. Zwar versucht „ein Fünftel aller Raucherinnen und Raucher mindestens einmal im Jahr, mit dem Rauchen aufzuhören“, erklärt Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer. Versuche auf eigene Faust scheiterten allerdings in 95 Prozent der Fälle. Die Chancen auf einen erfolgreichen Ausstieg aus der Tabaksucht stiegen, wenn er durch evidenzbasierte Maßnahmen professionell begleitet werde, betont der Facharzt für Allgemeinmedizin.

Weg von der Fluppe. Vor diesem Hintergrund stehen gerade bei jungen Leuten jene Krankenkassen hoch in der Gunst, die sie im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse mit Nichtraucher-Trainings vom „blauen Dunst“ befreien.

Übergewicht ist ein Risikofaktor für diverse schwere Erkrankungen, von Herzinfarkt über Diabetes bis hin zu Krebs



ABGEFRAGTE KRITERIEN

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: ambulante Operationen, Ernährungskrankheiten, onlinegestützte Behandlung, Suchterkrankungen

Wahltarife: Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für 12 000 Euro Bruttojahresgehalt

Bonusprogramme: Bonifizierung von qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Gewicht im Normbereich, Challenges mit Fitnesstracker, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport, maximale Bonushöhe und durchschnittliche Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums, Förderung des Nichtrauchens, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Fremdkursen, Erstattung je Kurs je Erwachsenen in Prozent und Euro bei Eigenkursen

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Zahnmedizin: Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung, Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung

Serviceleistungen: Onlinefiliale (als App oder auf mobile Nutzung zugeschnitten), Digitale Gesundheitsakte, digitales Tracking von Anträgen, Online-Mitgliedsbescheinigung abrufbar, Online-administration des Bonusprogramms, Facebook, Twitter, Instagram und YouTube, Reha-Beratung, Vorsorgeerinnerungsservice, Arzt-Suchportal

Zusatzleistungen: Hautkrebsvorsorge inklusive einer sogenannten Auflichtmikroskopie vor dem 35. Lebensjahr

und Demenz. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Berlin Institute of Health in der Charité (BIH) sowie des University College in London haben bereits 2021 anhand einer großen nationalen Patientenkohorte mit elektronischen Daten des englischen Gesundheitssystems herausgefunden, dass junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 24 Jahren ganz besonders von Gewichtszunahme und einem stark wachsenden Body-Mass-Index (BMI) betroffen sind. Die Forschenden vermuten, dass die wechselnden Lebensumstände junger Erwachsener dabei eine Rolle spielen. Bedingt durch einschneidende Veränderungen – erster Job, Studium, Auszug von zu Hause – in der Vita, kann es bei diesen zu ungesunden Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten kommen, die sie im späteren Erwachsenenalter mitunter beibehalten.

Die Studienergebnisse machen deutlich, wie wichtig gerade bei jungen Erwachsenen nachhaltige Maßnahmen zur Prävention respektive Behandlung von Übergewicht sind. Mit diesem Wissen im Hinterkopf fühlt sich gerade die Gruppe junger Leute mit Übergewicht bei jenen gesetzlichen Krankenkassen ausgesprochen gut aufgehoben, die mit Beratungs-, Hilfs- und Therapieangeboten im Rahmen der besonderen Versorgung den immer weiter fortschreitenden ernährungsassoziierten Krankheiten gezielt entgegenwirken. ■

Top-Kassen für junge Leute

Kasse	Note
AOK Baden-Württemberg	exzellent
AOK PLUS	exzellent
BARMER	exzellent
BERGISCHE KRANKENKASSE	exzellent
DAK-Gesundheit	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
mhplus Betriebskrankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Bayern	sehr gut
AOK Hessen	sehr gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	sehr gut
BKK Pfalz	sehr gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	sehr gut
hkk Krankenkasse	sehr gut
IKK classic	sehr gut
KKH Kaufmännische Krankenkasse	sehr gut
Pronova BKK	sehr gut
Salus BKK	sehr gut
SBK	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut
VIACTIV Krankenkasse	sehr gut

bundesweit geöffnet
 regional geöffnet

Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
DAK-Gesundheit	60
HEK – Hanseatische Krankenkasse	60
TK – Techniker Krankenkasse	60
SECURVITA Krankenkasse	57
AOK PLUS	54
BARMER	54
BKK Wirtschaft & Finanzen	52
IKK Südwest	52
AOK Baden-Württemberg	51

bundesweit geöffnet
 regional geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung

KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Heilen mit bloßen Händen

In Deutschland genießt die integrative Medizin auch bei Schulmedizinern Anerkennung. Welche alternativmedizinischen Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen tragen

And the winner is – *Salvia officinalis*! Der Studienkreis Entwicklungsgeschichte der Arzneipflanzenkunde hat den echten Salbei zur Arzneipflanze des Jahres 2023 gekürt. Ihre Entscheidung begründeten die Experten mit der reichhaltigen Nutzung des Krauts und seinem großen Forschungspotenzial. Salbeiblätter enthalten bakterienhemmende Stoffe in ihrem ätherischen Öl und den Gerbstoffen. Nach Auskunft des Studienkreises wirken diese hemmend auf Erreger mit empfindlicher Eiweißoberfläche, etwa

Sars-CoV-2. Neuerdings sei auch eine Hemmung der Acetylcholinesterase durch verschiedene Salbeiarten bestätigt worden. Dies könnte für die Behandlung von Alzheimer-Demenz interessant werden.

Es sei durchaus wahrscheinlich, dass sich durch weitere klinische Studien über Salbeiblätter noch mehr neue Anwendungsmöglichkeiten ergäben. So gebe es etwa bereits Untersuchungen zur stoffwechselfördernden Wirkung bei Patienten mit zu hohen Cholesterinwerten.

ABGEFRAGTE KRITERIEN

Alternative Medizin: teilweise Kostenübernahme für alternative Krebstherapie (inkl. Medikamente), anthroposophische Medizin (inkl. Medikamente), Ayurveda, Chelat-Therapie, Eigenbluttherapie, Feldenkraismethode, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel sowie Erstattungshöhe), Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie (inkl. Erstattungshöhe), Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), kinesiologisches Taping

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung gesundheitlicher Risiken durch Bewegungsprogramme, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Zusatzleistungen: erweiterte Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Heilpraktiker)

Medizinisch ist der Salbei in Europa seit dem Altertum in Gebrauch. Neben *Salvia officinalis* ist heute bei einer ganzen Reihe pflanzlicher Präparate, sogenannter Phytopharmaka, deren Heilwirkung wissenschaftlich belegt. Phytopharmaka sind nach den Standards moderner Medizin produziert und geprüft. Bei akuter Rachenentzündung beispielsweise lindern Phytotherapeutika die Beschwerden deutlich. Zu nennen sind hier etwa Präparate aus Eibischwurzel, Salbeiblättern, Spitzwegerichkraut oder Isländisch Moos. Zudem ist die Verträglichkeit von „Phytos“ überaus gut. Neben Erkältungen zeigt die Pflanzenheilkunde auch große Erfolge bei Allergien, Schlafstörungen und Magen-Darm-Beschwerden.

Beispiel Reizdarmsyndrom (RDS). RDS ist eine chronische, prävalente Darmkrankheit, welche die Lebensqualität Betroffener erheblich einschränkt, deren Diagnose sich oft allerdings als schwierig erweist – und bei der leider viele Therapien überhaupt nicht anschlagen. In 20 bis fast 50 Prozent der Fälle ist das RDS mit Psychomorbiditäten wie Angststörungen, Depression oder Somatisierungsstörungen verbunden. Der sogenannten S3-Leitlinie zufolge schlägt auch bei RDS die Komplementärmedizin erfolgreich an. So hat sich etwa Pfefferminzöl als wirksam gegen die Leitsymptome Schmerz und Blähungen erwiesen. Darüber hinaus scheint die viszerale Osteopathie bei manchen RDS-Patienten zumindest kurzfristige Verbesserungen erreichen zu können. Bei diesem Teilgebiet der Osteopathie werden die inneren Organe sowie ihre umgebenden Strukturen auf Bewegungseinschränkungen hin untersucht und behandelt.

Die Beispiele zeigen: Nicht umsonst haben sich einige gesetzliche Krankenkassen dazu entschieden, im Rahmen der Satzungsleistungen ihren Versicherten auch phytotherapeutische Arzneien zu erstatten und Therapiesitzungen beim Osteopathen zumindest zu bezuschussen. Gerade diese Krankenkassen stehen bei Anhängern der Naturmedizin dieser Tage besonders hoch im Kurs.

In Vorleistung gehen. Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass etwa ein Phytopharmakon durch einen Arzt verordnet wird – und zwar auf einem grünen Rezept respektive Privat Rezept. In der Regel zahlt der Patient das Arzneimittel zunächst aus eigener Tasche und reicht dann die in der Apotheke erhaltene Quittung samt Rezept bei seiner Kasse ein, die anschließend den Medikamentenpreis zurückerstattet. Bei einigen Kassen werden pflanzliche Medikamente über das Gesundheitskonto des Versicherten abgerechnet. Wobei Versicherte mit diesem nur einen bestimmten Gesamtbetrag pro Kalenderjahr für Mehrleistungen nutzen dürfen.

Obgleich Kassen Osteopathie im Rahmen ihrer Satzungsleistungen subventionieren: Die Sitzungen müssen gesetzlich Versicherte allerdings – wie bei den Phytos – auch erst mal aus eigener Tasche zahlen, bevor sie die Kasse im Nachgang teilweise erstattet. Zudem muss unbedingt ein Arzt die osteopathische Behandlung verordnen. Wichtig! Pro Verordnung tragen die Patienten zehn Euro Eigenanteil.

Was zeigt: Deutschland ist ein gutes Pflaster für Komplementärmedizin. Dazu haben evidenzbasierte Studien viel

beigetragen. Bestes Beispiel: die Akupunktur als integraler Bestandteil der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Die GERAC (German Acupuncture)-Studien führten dazu, dass die Kassen in Deutschland bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und bei Kniegelenksarthrose die Kosten für eine Akupunkturbehandlung übernehmen, wenn die Schmerzen seit mindestens sechs Monaten bestehen. Zu Indikatoren mit hoher Evidenz für die Wirksamkeit von Akupunktur gehören neben chronischen Schmerzen im unteren Rücken und Kniearthrose auch Kopfschmerzen, Migräneprophylaxe, postoperative Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen sowie allergische Rhinitis (Heuschnupfen). ■



Top-Kassen für Anhänger der Alternativmedizin

Kasse	Note
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
BAHN-BKK	sehr gut
HEK – Hanseatische Krankenkasse	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut
AOK Baden-Württemberg	gut
AOK PLUS	gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	gut
BKK EUREGIO	gut
BKK Herkules	gut
bkk melitta hmr	gut
BKK SBH	gut
BKK Wirtschaft & Finanzen	gut
BKK ZF & Partner	gut
BKK24	gut
IKK Brandenburg und Berlin	gut
IKK gesund plus	gut
mhplus Betriebskrankenkasse	gut
Mobil Krankenkasse	gut
TK – Techniker Krankenkasse	gut

 bundesweit geöffnet regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
SECURVITA Krankenkasse	60
HEK – Hanseatische Krankenkasse	52
BERGISCHE KRANKENKASSE	48
TK – Techniker Krankenkasse	46
IKK Südwest	43

 bundesweit geöffnet regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung

HAUSHALTSPLANUNG

Knallhart kalkuliert

Mehr als 500 Euro pro Jahr könnten gesetzlich Krankenversicherte 2023 dank kassenindividueller Zusatzbeiträge sparen. Auch Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung schonen das Budget

Nur noch vier von zehn Deutschen sind in der Lage, Geld auf die hohe Kante zu legen. Dies attestiert eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Kantar für den Verband der Privaten Bausparkassen unter 2000 Personen über 14 Jahren. Die Zahl derjenigen, die angeben, für bestimmte Zwecke sparen zu können, ist heuer von 42,5 auf 40,4 Prozent gesunken – und damit auf den zweitniedrigsten Wert seit Beginn der Datenerhebung 1997.

Ursächlich für diese ungesunde Entwicklung ist die – noch immer – hohe Inflation. Zwar ist die Teuerungsrate im April hierzulande auf 7,2 Prozent gesunken, nach 7,4 Prozent im März und recht hohen 8,7 Prozent im Monat Februar.

Doch die Belastung für die Bundesbürgerinnen und Bundesbürger bleibt nach wie vor enorm hoch, da die sogenannte Kernrate der Inflation – diese umfasst Ausgaben für Energie und Lebensmittel – keine Anstalten macht zu fallen. „Wir sehen uns dem Risiko einer etablierten Inflation gegenüber“, warnte bereits François Villeroy de Galhau, Chef der französischen Notenbank. Mit Blick auf die gestiegene Kerninflation sei es die Pflicht der Europäischen Zentralbank, dagegen Initiative zu ergreifen.

Sündhaft teure Lebensmittel. Waren zu Beginn des Ukraine-Kriegs vor allem Heizen und Tanken extrem kostspielig, sind nun in Deutschland die Lebensmittel zum Preistreiber Nummer eins avanciert. Diese verteuerten sich binnen Jahresfrist glatt um durchschnittlich 22,3 Prozent. Damit ist der Preisschub bei Nahrungsmitteln dreimal so hoch wie im Durchschnitt aller Waren und Dienstleistungen. Vorbei sind die Jahre, als Deutschland im europäischen Vergleich noch sehr niedrige Preise für Lebensmittel vorzuweisen hatte. Inzwischen sind wir auf dem Niveau von Italien und Frankreich angekommen. Problematisch ist vor allem, dass auch viele Grundnahrungsmittel überdurchschnittlich teu-

er geworden sind – insbesondere die Eigenmarken des Handels. Auch wenn die Inflation in den kommenden Monaten laut ifo-Institut an Wucht verlieren dürfte, geht etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2023 in Deutschland noch von einer durchschnittlichen Teuerungsrate von 6,6 Prozent aus. Zum Vergleich: Noch vor Ausbruch des Ukraine-Kriegs bewegte sich die Rate hierzulande im Januar 2022 nur bei 4,9 Prozent, so Zahlen des Statistischen Bundesamts.

Gut 500 Euro sparen. Angesichts hoher Inflationsraten macht es wohl Sinn, das Haushaltsbudget nicht allzu sehr zu strapazieren. Was etwa auch mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich ist – ohne dabei Abstriche bei medizinischen Leistungen und kassenspezifischen Services machen zu müssen. Zwar ist der allgemeine Beitragssatz mit Anspruch auf Krankengeld bei AOK & Co. mit 14,6 Prozent des Bruttoeinkommens 2023 identisch mit dem des Vorjahrs. In finanzieller Hinsicht aber ist der Zusatzbeitrag – den Arbeitgeber und -nehmer sich, wie den allgemeinen Beitrag, hälftig teilen – eine Option, mit der Preisbewusste in der GKV Geld sparen können. Denn den Zusatzbeitrag dürfen die Krankenkassen hierzulande entsprechend ihrer finanziellen Lage mit gewissen Auflagen individuell veranschlagen.

Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag liegt im Schnitt aller Krankenkassen derzeit bei 1,6 Prozent, resümiert das Onlineportal [gesetzlichekrankenkassen.de](https://www.gesetzlichekrankenkassen.de). Dabei reicht die Spreizung – unter Berücksichtigung betriebsbezogener Kassen – bei den Zusatzbeiträgen von moderaten 0,3 Prozent bis hin zu teuren 2,0 Prozent.

Was gesetzlich versicherten Sparfüchsen unterm Strich einige Hundert Euro mehr in der Haushaltskasse bringt, denn: Gemessen an der für 2023 gültigen Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 4987,50 Euro, liegt zwischen

ABGEFRAGTE KRITERIEN

Kassenindividueller Zusatzbeitrag: Höhe des Beitrags; **Wahltarife:** Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit und Kombinationsmöglichkeiten mit Bonusprogramm oder Selbstbehaltwahltarif, Bewertung spezieller Selbstbehaltwahltarife (Abwahltarif); **alternative Medizin:** teilweise Kostenübernahme für homöopathische Medizin und Osteopathie; **Zusatzleistungen:** erweiterte Leistungen für Sehhilfen; **Auslandsschutz:** Zahlung von Reiseschutzimpfungen (inkl. Malariaprophylaxe); **individuelle Gesundheitsförderung:** Erstattungen für Kurse von Fremdanbietern; **Bonusprogramme:** maximale Bonushöhe und Bonushöhe je nachgewiesene Maßnahme; **Zahnmedizin:** Kostenübernahme für professionelle Zahnreinigung, vergünstigter Zahnersatz; **Vorteilsprogramme:** finanzieller Vorteil bei Nutzung bestimmter Arznei- und Hilfsmittel



der günstigsten und der teuersten Krankenkasse im Bundesgebiet für Versicherte ein jährliches Sparpotenzial von rund 509 Euro.

Nicht nur der Zusatzbeitrag schont die Finanzen der GKV-Klientel. Auch Wahltarife helfen ihnen sparen. Eine Quersubventionierung aus dem allgemeinen Haushalt einer Krankenkasse oder zwischen Wahlтарifen untereinander ist dabei jedoch grundsätzlich nicht erlaubt. Darum sind die Kassen verpflichtet, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung in Bonn Rechenschaft abzulegen. Über die Ausgestaltung der Wahlтарife hingegen entscheidet jede Krankenkasse heute im Wesentlichen selbst.

Bei der „Beitragsrückerstattung“ etwa können GKV-Mitglieder maximal 20 Prozent des Jahresbeitrags sparen. Abhängig von der Kasse kommen so bis zu 600 Euro per annum zusammen, wenn ein Jahr lang keine medizinischen Leistungen zulasten der Kasse in Anspruch genommen werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind Vorsorge- und Früherkennungstermine bei Human- und Zahnmedizinern.

Tarif mit Tücken. Bei sogenannten Selbstbehalt-Tarifen hingegen verpflichten sich die Teilnehmer, anfallende Kosten für Behandlungen, Medikamente und Heil- und Hilfsmittel bis zu einer bestimmten Summe selbst zu begleichen. Im Gegenzug spendiert die Kasse eine Prämie. In aller Regel übersteigt der Selbstbehalt die Prämie. Wer häufig krank ist, zahlt dementsprechend leider drauf. Wer sich für den Selbstbehalt entscheidet, ist zudem drei Jahre an den Tarif gebunden.

Top-Kassen für Preisbewusste

Kasse	Note
BKK SBH	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
hkk Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
BKK GILDEM. SEIDENSTICKER	sehr gut
BKK Herkules	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
BKK SBH	29
hkk Krankenkasse	29
TK – Techniker Krankenkasse	28
SECURVITA Krankenkasse	27
BKK Faber-Castell & Partner	26
AOK PLUS	24
BKK Scheufelen	24
HEK – Hanseatische Krankenkasse	24

■ bundesweit geöffnet ■ regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2019 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung

Besondere Methodik

Um der Besonderheit des preisbewussten Kassenkunden gerecht zu werden, wurde bei dieser Gruppe von den Experten des DFSI in Köln eine andere Methodik als für die sieben anderen Profile gewählt: In Bezug auf den Beitrag wurde hier der günstigste bundesweit erreichbare Beitragssatz mit 25, der teuerste hingegen mit null Punkten bewertet. Was den Wahlтарif mit Prämienzahlung bei Leistungsfreiheit angeht, wurde neben der Prämienhöhe auch die Kombinierbarkeit von Selbstbehalt und Bonuspro-

gramm ins Kalkül gezogen. Zusätzlich wurde noch der Abwahlтарif mit drei Punkten bewertet: Maximal erreichbar waren hier elf Punkte. Aus dem Bereich der alternativen Medizin wurden die für Versicherte relativ teure Homöopathie und Osteopathie mit einer maximalen Punktzahl von fünf Punkten einbezogen. Neben Zuschüssen für Sehhilfen wurde auch die Übernahme von Reiseschutzimpfungen inklusive der Malariaprophylaxe und einer jährlichen kostenfreien professionellen Zahnreinigung beziehungs-

weise eines Mindestzuschusses von 60 Euro bewertet. In Summe waren hier maximal zehn Punkte erreichbar. Sollte die gesetzliche Krankenkasse für ihre Klientel die Zuzahlung bei bestimmten Hilfsmitteln und Generika reduzieren oder Versicherte sogar davon befreien, wurde dies ebenso bewertet wie die mögliche Reduktion von Eigenanteilen bei der Nutzung von bestimmten Zahnersatzherstellern. Insgesamt wurden hierfür sieben Punkte vergeben. Die Höhe der maximal erreichbaren Geldbarprämie beim Bonusprogramm schließlich nahm mit maximal acht Punkten Einfluss auf das Ergebnis.



ALTERSMEDIZIN

Fit im Unruhestand

Seniorinnen und Senioren sind zwar heute viel gesünder als früher. Doch auch sie können dem sogenannten Inflamm-Aging des Körpers nicht gänzlich trotzen. Was die Kassen bieten

Von der Schule in die Lehre respektive ins Studium ins Berufsleben – und schließlich in den Ruhestand. So sieht der klassische Lebenslauf des modernen Homo sapiens aus. Im Ruhestand sind Erwachsene zwar endlich befreit vom Joch des Arbeitenmüssens. Doch fehlt ihnen urplötzlich eine Rolle, die sie erfüllt und glücklich macht. Was viele Seniorinnen und Senioren aufbrechen lässt zu neuen Ufern. „Der Ruhestand hat sich dahingehend entwickelt, dass die Menschen diese rollenlose Rolle bewusst viel aktiver und damit unruhiger gestalten“, sagt Volker Cihlar vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB).

Die Möglichkeiten hierfür seien heute vielfältiger als noch vor 20 oder 30 Jahren. „Sei es, im Ruhestand erwerbstätig zu sein, sich freiwillig zu engagieren bis hin zu körperlicher Aktivität“, erklärt Cihlar. Aktive Ältere wechseln damit von der Erwerbstätigkeit nicht mehr in den geruhsamen Ruhestand, sondern in die Periode des Unruhestands voller Tatendrang.

Nicht zu vergessen: „Die Menschen bringen heute auch bessere Voraussetzungen mit, um im Ruhestandsalter aktiv sein zu können“, erklärt Fachmann Cihlar. Dabei habe die BiB-Studie „Transitions and Old Age Potential – Übergänge und Alternspotenziale“ gezeigt, dass der Gesundheitszu-

stand ein großer Prädiktor sei für Aktivität, für den Unruhezustand eben. Da habe es in den vergangenen Jahrzehnten große Veränderungen gegeben. „Die Menschen sind heute sehr viel gesünder und können deswegen auch viel unruhiger sein in ihrem Ruhestand“, sagt Cihlar. Dabei sind „Unruheständler“ vor allem deshalb aktiv, um körperlich und geistig so lange wie irgend möglich fit zu bleiben. „Das Aktivitätsspektrum dabei ist sehr groß und reicht von fortgeführter Erwerbstätigkeit über Kinderbetreuung, Pflegetätigkeit, Nachbarschaftshilfe bis hin zum klassischen Ehrenamt“, zählt Cihlar auf. Auch Betreuungs- und Pflegetätigkeiten außerhalb der eigenen Familie fänden statt.

Um aber im Alter gesund und fit zu sein, ist es unter anderem notwendig, dem sogenannten Entzündungsaltern, im Fachjargon Inflamm-Aging, entgegenzuwirken. Inflamm-Aging heißt, dass es bei älteren Menschen zu einer erhöhten Ausschüttung von entzündungsfördernden Zytokinen kommt, was zu einem anhaltenden leichtgradigen Entzündungsgeschehen führt. Dieses stört die normalen Zellfunktionen und begünstigt altersbedingte Erkrankungen des Stoffwechsels, des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparats, beispielsweise Sarkopenie: Der Körper baut dabei Muskeln ab, dadurch werden Bewegungen mühsamer und der Mensch bleibt lieber im Sessel sitzen. Ohne Bewegung schwinden die Muskeln jedoch immer mehr.

Aus der Balance geraten. In der Medizin ist es heute eine allgemein anerkannte Tatsache, dass das Immunsystem im Verlauf seines normalen Alterungsprozesses immer mehr entzündungsfördernde Botenstoffe freisetzt. So verändert sich die Balance zwischen den verschiedenen Zelltypen des Immunsystems mit zunehmendem Alter. Dieser altersabhängige, entzündliche Prozess beeinflusst die Funktion etwa von Endothelzellen. Sie bilden die innerste Zellschicht der Blutgefäße. Mit dem Inflamm-Aging bringt die Medizin heute typische Alterskrankheiten in Verbindung, etwa Alzheimer-Demenz, Osteoporose, Arteriosklerose, Arthritis und Diabetes mellitus. Phänomene des Inflamm-Aging wurden auch in der Rheumatologie untersucht.

Vor diesem Hintergrund setzt gerade die Generation der aktiven Älteren immer mehr auf solche gesetzliche Krankenkassen, welche ihrer Versicherten-Gemeinde ein wissenschaftlich fundiertes, qualitativ hochwertiges Versorgungsmanagement im Bereich der Geriatrie (Altersmedizin) bieten können. ■



Top-Kassen für aktive Ältere

Kasse	Note
AOK Baden-Württemberg	exzellent
energie-BKK	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Bayern	sehr gut
AOK PLUS	sehr gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	sehr gut
DAK-Gesundheit	sehr gut
hkk Krankenkasse	sehr gut
IKK Südwest	sehr gut
SECURVITA Krankenkasse	sehr gut

bundesweit geöffnet
 regional geöffnet

Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
TK – Techniker Krankenkasse	60
HEK – Hanseatische Krankenkasse	59
AOK Baden-Württemberg	56
IKK Südwest	52
AOK PLUS	51

bundesweit geöffnet
 regional geöffnet

¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung

ABGEFRAGTE KRITERIEN

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Altersmedizin (Geriatrie), Augenerkrankungen (z. B. Makuladegeneration), Herz-Kreislauf-System (z. B. Herzinsuffizienz), Krebserkrankungen/Onkologie, Schmerztherapie (z. B. bei Migräne), Osteoporose

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner bzw. Betreuungsteam, strukturierte ärztliche Zweitmeinung, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen,

Vorsorgeerinnerungsservice, elektronische Patientenquittung
Vorteilsprogramme: finanzieller Vorteil bei Nutzung bestimmter Arznei- und Hilfsmittel

Zahnmedizin: Zahnersatz „zum Nulltarif“, Zahnersatz zu vergünstigten Konditionen

Zusatzleistungen: zusätzliche häusliche Krankenpflege (Leistung auch für Grundpflege und Hauswirtschaft), Haushaltshilfen für Mitglieder ohne Kind im Haushalt, Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten

ARBEITSKRAFT

Von kundiger Hand gemacht

Physisch und psychisch möglichst lange fit zu sein, ist für Freiberufler und Soloselbstständige die Basis des Erfolgs. Wie die gesetzlichen Krankenkassen diesen vulnerablen Gruppen bei Krankheit unter die Arme greifen

Die Durststrecke scheint überwunden – es geht langsam wieder bergauf. Das Geschäftsklima für Soloselbstständige und Kleinstunternehmen mit weniger als neun Mitarbeitern in Deutschland hat sich im März spürbar verbessert. Das attestiert der aktuelle Jimdo-ifo-Geschäftsklimaindex des ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München. Nach niederschmetternden minus 1,1 Punkten im Februar kletterte der Index im März auf Plus 1,8 Punkte. Damit rangiert das Barometer das erste Mal seit Februar 2022 über null. „Die Geschäfte laufen zum Frühlingsanfang besser“, sagt ifo-Expertin Katrin Demmelhuber. Wie in der Gesamtwirtschaft sei allerdings noch deutlich Luft nach oben. Auch perspektivisch schöpfen Selbstständige ökonomisch wieder mehr Zuversicht. „Bei den Einschätzungen für die kommenden Monate ist der Pessimismus inzwischen fast verschwunden“, erklärt Fachfrau Demmelhuber. Wobei man nicht verschweigen dürfe, dass es für viele Selbstständige indessen schwierig sei, an Kredite zu kommen, so Demmelhuber.

Damoklesschwert Krankheit. Für viele Selbstständige schwingt zudem die Angst mit, schwer zu erkranken – und das Gewerbe aufgeben zu müssen: 86 Prozent der Soloselbstständigen geben daher an, schon einmal trotz Krankheit gearbeitet zu haben. 17 Prozent der Selbstständigen arbeiten trotz Krankheit, um einen Vertrag an Land zu ziehen. Diese Bilanz zieht der iga-Report „Selbst und ständig. Arbeitszeitgestaltung und Gesundheitsverhalten von Soloselbstständigen“ der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga).

Viele der Soloselbstständigen hierzulande schufteten pro Tag mehr als acht Stunden – und dies an sechs Tagen in der Woche. Dabei legen die auf eigene Rechnung Arbeitenden keine regelmäßigen Pausen ein, bekundet der iga-Report.

Ergo ist der Wunsch nach Maßnahmen zum Erhalt und zur Stärkung der Arbeitsfähigkeit gerade bei Soloselbstständigen ausgeprägt. Gut zwei Drittel von ihnen wenden sich im Krankheitsfall an eine gesetzliche Krankenversicherung, bilanziert der iga-Report. Erste Wahl sind für Selbstständige dabei wohl jene Krankenkassen, welche die strapazierte Physis mit modernsten medizinischen Leistungen fit halten



– und zusehen, dass Versicherte bei einer schweren Malaise schnell wieder auf die Beine kommen. Etwa im Rahmen der Besonderen Versorgung (BV) mit einem breiten Portfolio an ambulanten OP-Eingriffen, beispielsweise bei Karpaltunnelsyndrom, Leistenbruch, Krampfadern (Varizen) oder Kreuzbandriss. Noch besser ist, wenn die gesetzliche Kasse im Zuge der BV zum Beispiel bei Schmerzen im Lenden-, Brust- und Halswirbelsäulenbereich – alternativ zur Operation – die Kosten für eine konservative, bildgesteuerte respektive CT-gestützte Schmerztherapie übernimmt.

Mit Reha aus der Depression. Viele Selbstständige stresst die unplanbare Auftragsmenge: So komme es oft zu Phasen mit hoher Auftragslage und Belastung, weil sich etwa Aufträge verzögerten und dann zeitgleich mit anderen bearbeitet werden müssten. Aufgrund fehlender Unterstützung könnten Aufgaben allerdings nicht delegiert werden und die finanzielle Unsicherheit lasse keinen Spielraum, um Aufträge abzulehnen, hebt der iga-Report hervor. Kein Wunder, dass angesichts eines hohen Stresslevels Depressionen in der Gruppe der Selbstständigen zunehmen. Generell müssen hierzulande immer mehr Berufstätige eine Reha aufgrund psychischer Erkrankungen in Anspruch nehmen. Das geht aus Daten der Deutschen Rentenversicherung hervor. Demnach lag der Anteil an bewilligten Rehas wegen psychischer Erkrankungen 2022 bei fast 19 Prozent. Zum Vergleich: Vor 20 Jahren waren es lediglich 9,7 Prozent – ergo etwa die Hälfte. Insgesamt wurden zuletzt rund 171 000 medizinische Rehas aus diesem Grund bewilligt. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag dabei bei etwa 50 Jahren.

Für viele Selbstständige aber ist eine Reha wohl nur Ultima Ratio – sind doch mehrere Wochen in der Klinik mit erheblichen Lohnausfällen verknüpft. Um es erst gar nicht so weit kommen zu lassen, stehen bei Selbstständigen Kassen hoch im Kurs, welche im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung mit einer breiten Palette an qualitätsgesicherten Seminaren ambulant Stressbewältigungskompetenz und Entspannung fördern und mit ihren Services bei der Vermittlung eines Psychologen helfen. Nicht zu vergessen: Arbeiten auf eigene Rechnung ist im Hinblick auf die

ABGEFRAGTE KRITERIEN

Wahltarife/Zusatzversicherung: Selbstbehalttarif, Tarife für variable Kostenerstattung, Krankengeld für Selbstständige, Krankengeld für Selbstständige, das jedoch nur bei Krankenhausaufenthalt gezahlt wird; **Bonusprogramme:** Bonifizierung von Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Gewicht im Normbereich, Challenges mithilfe von Fitnesstracker, Mitgliedschaft in einem Sportverein, Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio, weitere Bonusprogramme; **Zusatzleistungen:** erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, Check-up für Versicherte unter 35 Jahren, Brustkrebsvorsorge und Darmkrebsvorsorge, freie Krankenhauswahl (keine Mehrkosten für Wahl eines zugelassenen Krankenhauses außerhalb der ärztlichen Verordnung); **alternative Medizin:** teilweise Kostenübernahme für Ayurveda, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel), Reflexzonenmassage, Shiatsu; **individuelle Gesundheitsförderung:** Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung; **Zahnmedizin:** kostenlose professionelle Zahnreinigung; **Auslandsschutz:** Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen; **Serviceleistungen:** Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Reha-Beratung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, Online-Krankengeldrechner, Call-back-Service, elektronische Patientenquittung, fremdsprachiger Service; **besondere Versorgung/Versorgungsmanagement:** ambulante Operationen, online-gestützte Behandlung, psychische Erkrankungen, Rückenerkrankungen, Migräne

Gesundheit ein Vabanque-Spiel. Denn im Gegensatz zu Angestellten genießen Selbstständige erst mal keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Bei AOK & Co. können sich Selbstständige aber aktuell zu einem Beitragsatz von 14,6 Prozent ihres Brutto (plus kassenindividuellem Zusatzbeitrag) mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit versichern. Für dieselbe Krankheit besteht dann Anspruch auf Krankengeld für bis zu 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Das Krankengeld beziffert sich heuer auf 70 Prozent des regelmäßigen Arbeitseinkommens, maximal 116,38 Euro am Tag. ■

Top-Kassen für Selbstständige

Kasse	Note
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
AOK PLUS	sehr gut
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	sehr gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	sehr gut
energie-BKK	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
mhplus Betriebskrankenkasse	sehr gut

■ bundesweit geöffnet
 ■ regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung



Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
HEK – Hanseatische Krankenkasse	60
TK – Techniker Krankenkasse	59
SECURVITA Krankenkasse	58
IKK Südwest	55
AOK Baden-Württemberg	50

■ bundesweit geöffnet
 ■ regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punkteufen alphabetische Sortierung



Alle Daten, Fakten und Leistungen.

Wo können Sie die passende Krankenkasse finden?

Auf kassensuche.de. Hier suchen und vergleichen Sie ganz nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen. Die Ergebnisse sind stets neutral, unabhängig und kostenlos.

Probieren Sie es:

www.kassensuche.de

Unsere Partner:



OPTIMUM

Must-haves für Macher



Nicht wenige Führungskräfte schufteten, ohne abzuschalten – und schaden so ihrer Gesundheit. Wie Krankenkassen dafür sorgen, dass Leistungsträger nicht aus der Spur geraten

Die typische Business-Frau ist attraktiv. Und – den westlichen Schönheitsidealen folgend – sehr schlank. Was nicht einer gewissen Logik entbehrt. Denn ein schöner, schlanker Body signalisiert – gängigen Vorstellungen entsprechend – Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit.

Doch um einen solchen wunderbaren Vorzeigekörper über Jahre hin zu behalten, bedarf es erheblicher Anstrengungen: Das Essverhalten muss dauerhaft auf Gewichtsabnahme respektive -zunahme getrimmt sein. Restriktives Essverhalten bei Frauen im Management ist allerdings auch ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen.

Der Studie „Restriktives Essverhalten bei Frauen in Führungspositionen. Ein gesundheitlicher Risikofaktor“ mit 300 Frauen aus dem mittleren und Top-Management deutscher Unternehmen zufolge war in der untersuchten Gruppe der Anteil der untergewichtigen Frauen fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung.

Nicht nur mit Essstörungen haben Manager zu kämpfen. Auch Angststörungen, Depressionen und Suizidgedanken sind bei Leistungsträgern gang und gäbe. Gerade anspruchsvolle, karriereorientierte Menschen mit Hang zum Perfektionismus präferieren daher jene Krankenkassen, die mit Seminaren zur Förderung der Stressbewältigungskompetenz und qualitätsgesicherten Entspannungskursen im Fall der Fälle helfen, sie vor einer drohenden Depression zu bewahren.

Arbeit als Sucht. Nicht wenige Führungskräfte schufteten in krankhaftem Ausmaß. Zehn Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland arbeiten suchthaft, so eine Analyse des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Technischen

Universität Braunschweig. Die Workaholics ackern den Ergebnissen zufolge nicht nur sehr lang, schnell und parallel an unterschiedlichen Aufgaben. Sie können zudem nur mit schlechtem Gewissen freinehmen und fühlen sich oft unfähig, am Feierabend abzuschalten und zu entspannen. Wer suchthaft arbeitet, hat laut einer aktuellen Studie der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung mehr gesundheitliche Probleme. 28 Prozent der suchthaft Arbeitenden stufen demnach ihren Gesundheitszustand selbst als weniger gut oder gar schlecht ein. Häufig kämpfen Betroffene mit körperlichen oder psychosomatischen Beschwerden, etwa Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit. Hinzu kommen Muskel- und Skelettbeschwerden, etwa häufige Rückenschmerzen.

Um Rückenschmerzen in den Griff zu bekommen, greifen anspruchsvolle Zeitgenossen gern zu alternativer Medizin, insbesondere dem Shiatsu. Shiatsu („Fingerdruck“) wurde vor gut 100 Jahren in Japan entwickelt. Die fernöstliche Methode lindert neben Rückenschmerzen auch stressbedingte Verspannungen, Spannungskopfschmerz und Erschöpfungszustände. Im Zentrum des Shiatsu steht die achtsame, in die Tiefe gerichtete Berührung durch den Therapeuten, die mit sanften Dehnungen und Rotationen einhergehen.

Eine Shiatsu-Behandlung dauert bis zu eine Stunde und findet weitgehend in einer stillen Atmosphäre statt. Wichtig! Nicht jede Krankenkasse macht sich für Shiatsu stark, da die medizinischen Erfolge der Methode wissenschaftlich nicht belegt sind. Darum fallen für Anspruchsvolle gerade solche Kassen ins Gewicht, welche die Kosten von Shiatsu-Behandlungen zumindest teilweise übernehmen. ■



ABGEFRAGTE KRITERIEN

Wahltarife/Zusatzversicherungen: Tarife für (variable) Kostenerstattung, Zahnzusatzversicherungstarife

Bonusprogramme: Bonifizierung von Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen, Hochschulsport und Challenges mit Fitnessstracker, Nachweis von Nichtraucherstatus/Raucherentwöhnung, Einhalten von Normalgewicht (BMI im Normalbereich), Mitgliedschaft im Sportverein, Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Vorlage eines Leistungsabzeichens für Sport (z. B. Wander-, Schwimm- oder Sportabzeichen), Teilnahme an Geburtsvorbereitungskurs (Schwangere und Partner)

Zusatzleistungen: zusätzliche häusliche Krankenpflege (Kostenübernahme auch für Grundpflege und Hauswirtschaft), freie Krankenhauswahl (keine Mehrkosten bei Wahl einer anderen als der vom Arzt zugewiesenen Klinik), zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere über die gesetzlichen Grundlagen hinaus, Angebote von zusätzlichen Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Geburtsvorbereitungskurs für den Partner, erweiterte Jugenduntersuchungen, sportmedizinische Untersuchung, Brustkrebsvorsorge, Hautkrebsvorsorge (inkl. Nutzung von Auflichtmikroskop), Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern, Kostenübernahme für spezielle Medikamente, Haushaltshilfen mit Kind im Haushalt des Mitglieds, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen (keine Reiseschutzimpfungen!), medizinische Vorsorgeleistungen an Kurorten, Patientenschulungen, Hebammenversorgung, Rooming-in bei Kindern

Alternative Medizin: teilweise Kostenübernahme für alternative Krebstherapie und -medikamente, anthroposophische Medizin (Therapie und Medikamente), Ayurveda, Chelat-Therapie, Eigenbluttherapie, Feldenkrais-Methode, homöopathische Medizin (Anamnese und Arzneimittel), Irisdiagnostik, Lichttherapie, Osteopathie, Phytotherapie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Individuelle Gesundheitsförderung: Zuschüsse für Kurse zur Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivitäten, Vorbeugung/Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht, Vermeidung von Mangel-/Fehlernährung, gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums, Förderung des Nichtrauchens, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung

Auslandsschutz: Kostenübernahme für Reiseschutzimpfungen

Zahnmedizin: kostenlose professionelle Zahnreinigung, erweiterte zahnärztliche Behandlung, Beratungsservice mit fachlich ausgebildetem Personal

Serviceleistungen: Service-Hotline 24/7, medizinische Informations-Hotline 24/7, Onlinefiliale, Digitale Gesundheitsakte, Betreuungsservice: fester persönlicher Ansprechpartner/extra aufgestelltes Betreuungsteam, Reha-Beratung, strukturierte ärztliche Zweitmeinung, Hebammenvermittlung, Vermittlung von Arztterminen, Vorsorgeerinnerungsservice, fremdsprachiger Service

Besondere Versorgung/Versorgungsmanagement: Praxisnetze (Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen in der wohnortnahen ambulanten Versorgung), regionale Vollversorgung

Top-Kassen für Anspruchsvolle

Kasse	Note
AOK PLUS	exzellent
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	exzellent
HEK – Hanseatische Krankenkasse	exzellent
IKK Südwest	exzellent
SECURVITA Krankenkasse	exzellent
TK – Techniker Krankenkasse	exzellent
AOK Baden-Württemberg	sehr gut
AOK Bayern	sehr gut
BAHN-BKK	sehr gut
BERGISCHE KRANKENKASSE	sehr gut
BKK VBU	sehr gut
BKK VDN	sehr gut
DAK-Gesundheit	sehr gut
energie-BKK	sehr gut
hkk Krankenkasse	sehr gut
IKK Brandenburg und Berlin	sehr gut
IKK classic	sehr gut
mhplus Betriebskrankenkasse	sehr gut
SBK	sehr gut
VIATIV Krankenkasse	sehr gut

bundesweit geöffnet regional geöffnet
 Weitere Ergebnisse unter: www.dfsi-institut.de
 Innerhalb der Notenstufen alphabetische Sortierung

Langfrist-Wertung¹⁾

Kasse	Punkte
HEK – Hanseatische Krankenkasse	60
TK – Techniker Krankenkasse	60
SECURVITA Krankenkasse	58
IKK Südwest	56
AOK Baden-Württemberg	52
AOK PLUS	52
DAK-Gesundheit	51
IKK Brandenburg und Berlin	51
SBK	51

bundesweit geöffnet regional geöffnet
¹⁾Top 5 im Zeitraum 2014 bis 2023
 Innerhalb der Punktestufen alphabetische Sortierung