



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten



Ihre Rechte als Versicherte der gesetzlichen Kranken- versicherung (GKV)



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

das deutsche Gesundheitssystem gehört im internationalen Vergleich zu einem der besten der Welt. Rund 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und damit sehr gut medizinisch versorgt. Denn die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bieten umfassende Leistungen zum Gesundheitsschutz an. Dafür sorgt ein weitreichender Katalog von Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte einen Anspruch haben. Dazu gehören etwa Früherkennung und Behandlung von Krankheiten, medizinische Rehabilitation und auch Krankengeld. Die Krankenkassen haben dabei gegenüber ihren Versicherten umfassende Aufklärungs-, Auskunfts- und Beratungspflichten.

Als Patientenbeauftragte sehe ich eine meiner Aufgaben darin, selbst Ratgeberin für Patientinnen und Patienten zu sein. Daher habe ich Ihnen in diesem Flyer einige wichtige Informationen und Tipps zu Ihren Rechten als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zusammengestellt.

Ihre

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB

Ihre wichtigsten Rechte als Versicherte der GKV im Überblick

Wahl und Wechsel der Krankenkasse

§ Sie können Ihre gesetzliche Krankenkasse frei wählen. Einige Krankenkassen sind jedoch an bestimmte Regionen oder Betriebszugehörigkeiten gebunden. Ein Krankenkassenwechsel ist möglich, sobald Sie mindestens zwölf Monate in Ihrer bisherigen Krankenkasse Mitglied waren.

💡 Es gilt eine Kündigungsfrist von zwei Kalendermonaten zum Monatsende. Endet die Versicherungspflicht oder -berechtigung durch Gesetz, z. B. bei einem Arbeitgeberwechsel, können Sie sofort und ohne Berücksichtigung einer Bindungsfrist die Krankenkasse wechseln.

Genehmigungspflichtige Leistungen

§ Bestimmte Leistungen wie Hilfsmittel, Zahnersatz oder Psychotherapie gewähren die Krankenkassen nur auf Antrag. Nach Antragseingang haben sie drei Wochen Zeit, über den Antrag zu entscheiden. Ziehen sie den Medizinischen Dienst (MD) zu Rate, sind es insgesamt fünf Wochen. Darüber werden Sie informiert.

💡 Lässt die Krankenkasse diese Fristen ohne hinreichenden Grund verstreichen, gilt die Leistung als genehmigt. Sie können sie dann in Anspruch nehmen und Ihrer Krankenkasse in Rechnung stellen. Dies gilt grundsätzlich für alle Leistungsarten außer Geldleistungen, wenn nicht an anderer Stelle etwas anderes geregelt ist.

Widerspruch bei Ablehnung

§ Lehnt die Krankenkasse Ihren Antrag ab, können Sie innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch einlegen.

💡 Wichtig ist zunächst die Einhaltung der Frist. Sie müssen den Widerspruch nicht begründen. Sie sollten der Krankenkasse aber sinnvollerweise darlegen, warum Sie die Leistungen trotz Ablehnung benötigen.

Klage bei Ablehnung

§ Weist die Krankenkasse Ihren Widerspruch zurück, haben Sie die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht zu klagen, ebenfalls innerhalb eines Monats.

💡 Sie können selbst vor Gericht auftreten. Ein Prozessbevollmächtigter ist in den ersten beiden Sozialgerichtsinstanzen nicht vorgeschrieben. Zudem fallen grundsätzlich keine Gerichtskosten an. Es kann jedoch sinnvoll sein, sich anwaltlich beraten zu lassen.

Untätigkeitsklage

§ Bleibt Ihr Widerspruch ohne hinreichenden Grund mehr als drei Monate ohne abschließende Entscheidung, können Sie eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht einreichen und somit eine Entscheidung erzwingen. Das Gleiche gilt, wenn über einen Leistungsantrag innerhalb von sechs Monaten nicht entschieden worden ist.

Sonderkündigungsrecht

§ Erhebt Ihre Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht, unabhängig von Ihrer Mitgliedsdauer. Ihre Krankenkasse hat Sie spätestens einen Monat vor Erhebung des neuen oder erhöhten Zusatzbeitrags in einem eigenen Schreiben zu informieren.

💡 Für Ihre Kündigung haben Sie grundsätzlich bis zum Ende des Monats Zeit, in dem der neue oder erhöhte Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird. An der Kündigungsfrist zum übernächsten Kalendermonat für den Krankenkassenwechsel ändert sich nichts.

Unterstützung durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern

§ Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern kostenlos zu unterstützen. Die Krankenkassen können z. B. ein Gutachten des MD einholen oder mit Einwilligung der Versicherten weitere Unterlagen bei den Leistungserbringern anfordern, um dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler nachzugehen.

Mehr Informationen:

Das kostenlose Beratungstelefon der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD), die im gesetzlichen Auftrag neutral, unabhängig und evidenzbasiert berät, steht Ihnen unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung:

Beratung in deutscher Sprache unter 0800 011 77 22, montags bis freitags 8–22 Uhr und samstags 8–18 Uhr

Beratung in türkischer Sprache unter 0800 011 77 23, montags bis freitags 8–18 Uhr

Beratung in russischer Sprache unter 0800 011 77 24, montags bis freitags 8–18 Uhr

Beratung in arabischer Sprache unter 0800 33 22 12 25, dienstags 11–13 Uhr und donnerstags 17–19 Uhr

Des Weiteren bietet sie eine Online-Beratung an:
www.patientenberatung.de

Weitere Hinweise finden Sie unter:

www.bmg.bund.de

Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit

www.patientenbeauftragte.de

www.patienten-information.de

Gemeinsames Informationsangebot der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

www.bmjv.bund.de

Hier finden Sie zum Beispiel Informationen zu Patientenverfügungen und Patientenrechten.

Impressum:

Herausgeber:

Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragte.de

Service-Telefon Ihrer Krankenkasse:

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen informieren umfassend über medizinische sowie gesundheitsrechtliche Fragen und haben entsprechende telefonische Service-Nummern eingerichtet. Diese finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen oder auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse.

Bürgertelefon:

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr sowie am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

- Bürgertelefon zur Krankenversicherung: +49 (0)30 340 60 66-01
 - Bürgertelefon zur Pflegeversicherung: +49 (0)30 340 60 66-02
 - Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention:
+49 (0)30 340 60 66-03
 - Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte:
Fax: +49 (0)30 340 60 66-07
ISDN-Bildtelefon: +49 (0)30 340 60 66-08
E-Mail: info.gehoerlos@bmg.bund.de
-