
Mehr Informationen:

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät Sie im gesetzlichen Auftrag neutral, unabhängig und evidenzbasiert. Ihr gebührenfreies Beratungstelefon steht Ratsuchenden jederzeit in vier Sprachen zur Verfügung: 0800 011 77 22

Des Weiteren bietet sie schriftliche oder online Beratungen an. Nähere Informationen erhalten Sie unter www.patientenberatung.de

Weitere Hinweise finden Sie unter:

www.bmg.bund.de

Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit

www.gesund.bund.de

Unter www.gesund.bund.de ist das Nationale Gesundheitsportal zu erreichen. Hier finden Bürgerinnen und Bürger auf einer zentralen Plattform, die vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben wird, qualitätsgesicherte, neutrale und leicht verständliche Gesundheitsinformationen.

www.bmj.bund.de

Hier finden Sie zum Beispiel Informationen zu Patientenverfügungen und Patientenrechten.

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 des Bundesministeriums für Gesundheit 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:
E-Mail: info.deaf@bmg.bund.de, info.gehoerlos@bmg.bund.de
Gebärdentelefon (Videotelefonie): www.gebaerdentelefon.de/bmg
-

Impressum:

Herausgeber:

Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
Stefan Schwartze, MdB
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

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



Der 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 Patientenbeauftragter sehe ich eine meiner Aufgaben darin, selbst Ratgeber 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.

Ihr

Stefan Schwartze, MdB

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.

Sonderkündigungsrecht

§ Erhebt Ihre Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, haben Sie ein Sonderkündigungsrecht, unabhängig von Ihrer Mitgliederdauer. 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.

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 die Kosten bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen.

Widerspruch bei Ablehnung

§ Lehnt die Krankenkasse Ihren Antrag ab, können Sie innerhalb eines Monats schriftlich Widerspruch einlegen. Weist Ihre Krankenkasse Sie nicht auf dieses Recht hin (Rechtsbehelfsbelehrung), verlängert sich diese Frist auf ein Jahr.

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

Klage bei Ablehnung

§ Weist die Krankenkasse Ihren Widerspruch zurück, haben Sie ebenfalls innerhalb eines Monats die Möglichkeit vor dem Sozialgericht zu klagen. Auch hier gilt: Ohne Rechtsbehelfsbelehrung verlängert sich die Frist auf ein Jahr.

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

Untätigkeitsklage

§ Entscheidet Ihre Krankenkasse ohne hinreichenden Grund mehr als drei Monate nicht über Ihren Widerspruch, 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.

Unterstützung durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern

§ Haben Sie einen Verdacht auf einen Behandlungsfehler, ist Ihre Krankenkasse verpflichtet, Sie kostenlos zu unterstützen. Sie kann z. B. ein Gutachten des MD einholen oder mit Ihrer Einwilligung weitere Unterlagen bei den an der Behandlung Beteiligten anfordern.