

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Bundesministerium
für Gesundheit



Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung

www.bundesgesundheitsministerium.de

Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung

Liebe Bürgerinnen und Bürger,



in Deutschland können Sie sich auf eine hochwertige Gesundheitsversorgung verlassen – wohnortnah und auf dem neuesten medizinischen Stand, unabhängig von Ihrem Alter und Einkommen.

Jeder erhält die medizinische Hilfe, die er benötigt, und niemand wird dabei finanziell überfordert. Dafür sorgt das solidarische Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Gesunden und Starken stehen für die Kranken und Schwachen ein.

Dieses System hat sich über Jahrzehnte bewährt. Es wird aber von zwei im Grunde sehr erfreulichen Entwicklungen auf eine harte Probe gestellt: Wir werden immer älter. Und dank dem medizinischen Fortschritt können wir Krankheiten immer besser behandeln oder heilen. Bessere Behandlungsmöglichkeiten in einer älter werdenden Gesellschaft bedeuten aber auch, dass die Gesundheitsausgaben wachsen. Wenn wir eine gute medizinische Versorgung auch zukünftig für alle sichern wollen, ist es deshalb notwendig, dass wir Struktur, Finanzierung und Organisation unseres Gesundheitssystems ständig überprüfen und anpassen.

Besonders wichtig ist die Schaffung von mehr Wettbewerb. Er sorgt dafür, dass die Beiträge der Versicherten im Gesundheitswesen effizienter ausgegeben werden. Die Ergebnisse erfahren die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Alltag: Arzneimittelhersteller senken die Preise für bestimmte Arzneimittel, weil für die Patienten dann Zuzahlungsfreiheit gilt. Die Krankenkassen stellen sich mit Wahlтарifen oder Bonusprogrammen besser auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten ein. Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge hat auch für einen fairen finanziellen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gesorgt.

Damit der Wettbewerb funktionieren kann, sorgen wir für mehr Transparenz. Das hilft Ihnen, Angebote besser zu unterscheiden, und ermöglicht Ihnen mehr Wahl- und Entscheidungsfreiheit.

Wir wollen, dass Sie diese Freiheit haben. Unser Gesundheitswesen braucht diesen Wandel: Selbstbewusste Beitragszahler und kritische Verbraucher, die ihrem Gegenüber auf Augenhöhe begegnen – sei es in der Arztpraxis, in der Apotheke oder als Versicherte einer Krankenkasse.

Gute Entscheidungen verlangen auch gute Informationen. Diese Broschüre soll Ihnen eine Hilfe sein, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Ich wünsche Ihnen eine anregende und erkenntnisreiche Lektüre.

Ihr

Daniel Bahr
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Ich brauche für meine Gesundheit verlässliche Partner	8
Unser Gesundheitswesen	9
Ich möchte mich gut absichern	10
Schutz im Krankheitsfall	11
Die gesetzliche Krankenversicherung	12
Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	14
Pflichtversicherte	14
Freiwillig Versicherte	16
Familienversicherte	19
Beitragshöhe	22
Selbstständige	26
Rentnerinnen und Rentner	27
Arbeitsuchende	29
Bedürftige	30
Der Gesundheitsfonds	31
Prämien und Zusatzbeiträge	33
Krankenkassenwahl	38
Zusatzleistungen	40
Wahltarife	40
Die Pflichtangebote der Krankenkassen	42
Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen	44
Bonusprogramme	46
Kündigung	46
Versicherungsschutz im Ausland	49

Private Krankenversicherung	51
Alterungsrückstellungen	53
Ich möchte gesund bleiben	54
Prävention	55
Vorsorge und Rehabilitation	56
Betriebliche Gesundheitsförderung	60
Selbsthilfegruppen	60
Früherkennungsuntersuchungen	61
Ich benötige medizinische Versorgung	70
Die Hausärztin oder der Hausarzt als Lotse	71
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	73
Medizinische Versorgungszentren	73
Integrierte Versorgung	74
Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke	75
Die qualitätsorientierte Versorgung	76
Häusliche Krankenpflege	77
Palliativversorgung	79
Haushaltshilfe	80
Soziotherapie	81
Psychotherapeutische Behandlung	82
Schwangerschaft/Mutterschaft	83
Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	84
Krankengeld	85
Zahnärztin/Zahnarzt	86
Zahnersatz	87

Ich brauche therapeutische Unterstützung	88
Arznei-, Hilfs- und Heilmittel	89
Arzneimittel	89
Tipps für den Gang in die Apotheke	90
Rezeptpflichtige Arzneimittel	93
Rabattverträge	93
Rezeptfreie Arzneimittel	94
Versandapotheke	96
Hilfsmittel	98
Heilmittel	101
Fahrtkosten	103
Künstliche Befruchtung	104
Die Patientenquittung	105
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)	105
Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	107
Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)	108
Ich möchte meine Rechte kennen	110
Patientenrechte	111
Bessere Interessenvertretung	111
Der Patientenbeauftragte	112
Rechtliche Möglichkeiten	113
Patientenverfügung	115
Versichertenrechte	115
Missbrauch bekämpfen	117

Ich möchte wissen, was ich zuzahlen muss	120
Spielräume nutzen	121
Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen	121
Chronisch krank	128
Entlastungen bei Zuzahlungen	130
Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen: die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick	132
Stichwortregister	138
Adressen	142
Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit	144
Impressum	146

Ich brauche für meine Gesundheit verlässliche Partner



Unser Gesundheitswesen

Rund um die Uhr versorgt

Die persönliche Gesundheit, ihr Erhalt oder ihre Wiederherstellung, ist für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland ein Grundbedürfnis. Unser Krankenversicherungssystem sorgt dafür, dass eine medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau für alle Versicherten zur Verfügung steht. Um diesen guten Zugang zu medizinischen Leistungen werden wir von vielen Ländern beneidet. Wir haben in Deutschland rund 330.000 tätige Ärztinnen und Ärzte, etwa 2.100 Krankenhäuser und ungefähr 21.600 Apotheken. Medizinische Hilfe steht uns auch außerhalb der gewöhnlichen Öffnungszeiten – abends, nachts, am Wochenende, während der Ferienzeit – zur Verfügung. In den Krankenhäusern wird man gut und ohne längere Wartezeiten behandelt. Diese gute Versorgung gehört zu unserem sozialen Selbstverständnis und trägt zur Lebensqualität in Deutschland entscheidend bei.

Herausforderungen

Es ist die zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, diese gute und umfassende medizinische Versorgung für alle zu erhalten. Das kann nur gelingen, wenn das System bezahlbar bleibt und kontinuierlich an die sich stetig verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst wird: Der Bevölkerungsaufbau verändert sich, immer weniger Junge stehen immer mehr Alten gegenüber, und die Zahl der chronisch kranken Menschen steigt kontinuierlich an. Auf der anderen Seite eröffnet der medizinische Fortschritt laufend neue, auch kostenintensive Behandlungsmöglichkeiten. Diesen Herausforderungen kann unser Gesundheitssystem nur mit Veränderung begegnen: hin zu mehr Wettbewerb, effizienten Strukturen und wirtschaftlichen Leistungen.

Bewegung im System

Die Voraussetzung dafür ist, dass diejenigen, die unser Gesundheitswesen im Alltag maßgeblich gestalten – Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, aber auch die Patientinnen und Patienten –, aktiv werden, um Bestehendes zu verbessern. Die Gesundheitspolitik sorgt dafür, dass sie die Möglichkeiten dazu haben.



Ich möchte mich gut
absichern

Schutz im Krankheitsfall

Chance und Pflicht zugleich

Wie wichtig eine Absicherung für den Krankheitsfall ist, merkt man spätestens, wenn man krank wird und keine hat. Damit wirklich jede und jeder dazu beiträgt, eine medizinische Versorgung im Krankheitsfall finanziell abzusichern, gibt es in Deutschland eine Versicherungspflicht. Sie verhindert, dass Menschen bewusst auf die Absicherung verzichten, weil sie wissen, dass letztlich die Allgemeinheit die Kosten einer medizinischen Behandlung tragen muss, wenn die eigenen Mittel nicht ausreichen. Wer zu spät, zum Beispiel erst wenn er krank ist, der Versicherungspflicht nachkommt, muss nicht bezahlte Beiträge nachzahlen. Zugleich gilt, dass niemandem, der versichert ist, der Versicherungsschutz vollständig entzogen werden kann – zum Beispiel wegen Beitragsrückstands.

Sie sind nicht krankenversichert?

Wenn Sie zuletzt gesetzlich versichert waren, wenden Sie sich an Ihre ehemalige gesetzliche Krankenkasse oder ihre Rechtsnachfolgerin.

Wenn Sie zuletzt privat versichert waren, wenden Sie sich für weitere Auskünfte an Ihre frühere Krankenversicherung oder an eine Verbraucherberatung.

Wenn Sie bisher weder gesetzlich noch privat versichert waren, können Sie sich an jede gesetzliche Kasse wenden, um zu klären, ob Sie der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Informationen hierzu erhalten Sie auch beim Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums unter 01805/9966-01*.

Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 18 Uhr,
Freitag von 8 Uhr bis 12 Uhr.

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Die gesetzliche Krankenversicherung

Was zeichnet die gesetzliche Krankenversicherung aus?

Deutschland verfügt über ein bewährtes, international anerkanntes System der gesundheitlichen Sicherung: die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Als ältester Zweig der Sozialversicherung hat sie entscheidenden Anteil an der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert. Mehr als jeder zweite Euro, der im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben wird, kommt von der GKV.

Die Beiträge für den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erhalten alle Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen. Tragendes Prinzip der GKV ist somit der Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden, zwischen Jungen und Alten, zwischen Alleinstehenden und Familien.

So arbeitet die gesetzliche Krankenversicherung

Die GKV basiert auf dem Prinzip der Selbstverwaltung. Krankenkassen und Ärzteschaft sind vom Staat ermächtigt, die medizinische Versorgung in Deutschland zu organisieren. Unter staatlicher Aufsicht erfüllen Körperschaften des öffentlichen Rechts die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben nach den Grundsätzen demokratischer Selbstverwaltung und Selbstverantwortung. Die Patienteninteressen werden dadurch gewahrt, dass Patientenvertretungen in allen wichtigen Gremien mitwirken.

Das wichtigste Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Die Patientinnen und Patienten haben über ihre Vertretungen ein Mitberatungsrecht im Ausschuss. Hauptaufgabe des Bundesausschusses ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung zu bestimmen. Er legt damit für mehr als 70 Millionen Versicherte fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung die gesetzliche Krankenversicherung erstattet. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wer ist gesetzlich krankenversichert?

Der GKV kann man als Pflichtversicherter, freiwillig Versicherter oder Familienversicherter angehören. In Deutschland sind das gegenwärtig fast 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger, das heißt fast 90 Prozent der Bevölkerung.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung nach Versichertenstatus, Stand 1. November 2010

Status	Anzahl in Mio.
Versicherungspflichtige (ohne Rentner)	30,33
Rentner	16,49
Freiwillig Versicherte	4,46
Familienversicherte	18,19
Gesamt	69,80

Pflichtversicherte

Wann bin ich laut Gesetz pflichtversichert?

Die Versicherungspflicht ist ein zentraler Grundsatz in der GKV. Grundsätzlich ist jeder Arbeitnehmer, der eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausübt, und jeder Auszubildende versicherungspflichtig. Eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht u. a. für:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 400 Euro monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt.

Diese Grenze wird jährlich angepasst und liegt im Jahr 2011 bei 4.125 Euro im Monat bzw. 49.500 Euro im Jahr. Die besondere Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer, die am 21. Dezember 2002 privat krankenversichert waren (Besitzstandsregelung), beträgt im Jahr 2011 3.712,50 Euro monatlich bzw. 44.550 Euro im Jahr. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

- Auszubildende und Studierende sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten.
- Rentnerinnen und Rentner, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Bezieher von Arbeitslosengeld II.
- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Altenteiler in der Landwirtschaft.
- Künstler und Publizisten.
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der GKV zuzuordnen sind.
- Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Arbeitsentgelt in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) übersteigt, endet mit Ablauf des Kalenderjahres, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird.

Freiwillig Versicherte

Wann kann ich mich freiwillig gesetzlich krankenversichern?

Endet die Versicherungspflicht Beschäftigter, haben die Betroffenen grundsätzlich die Möglichkeit, als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben oder in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Die Krankenkasse weist dabei das Mitglied auf das Ende der Versicherungspflicht und die damit bestehende Austrittsmöglichkeit hin. Wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen danach erklärt, ist ein sofortiger Wechsel in eine private Krankenversicherung möglich. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die bisherige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn die erforderlichen Vorversicherungszeiten hierfür erfüllt sind. Zur Erfüllung der Vorversicherungszeit muss man in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht insgesamt mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate gesetzlich versichert gewesen sein. Für freiwillige Mitglieder ist der Wechsel in eine private Krankenversicherung jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt unter Beachtung der Kündigungsfristen möglich.

Bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze tritt seit dem 31. Dezember 2010 unmittelbar Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Wer bisher gesetzlich krankenversichert war, kann sich sofort entscheiden, entweder – bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten – als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbleiben oder sofort den Wechsel in die private Krankenversicherung zu vollziehen. Wer bisher privat krankenversichert ist, führt diese Versicherung fort. Ein Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung ist hier in der Regel nicht möglich, weil die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Welche Ausnahmen gibt es bei der Vorversicherungszeit?

Auf das Erfordernis der Vorversicherungszeit wird nur in den beiden nachfolgend aufgeführten Fällen im Zusammenhang mit der erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung als Arbeitnehmer verzichtet:

- Wer erstmals in Deutschland eine Beschäftigung als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer aufnimmt und in dieser Beschäftigung sofort ein Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielt, ist unmittelbar versicherungsfrei, hat aber die Möglichkeit, der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied beizutreten, auch wenn zuvor eine private Krankenversicherung bestand und die Vorversicherungszeiten für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft nicht erfüllt sind.
- Wer im laufenden Jahr mit erstmaliger Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung im Inland zunächst versicherungspflichtig geworden ist, dann zum Jahresende aufgrund einer Erhöhung des Arbeitsentgelts versicherungsfrei wird, kann ebenfalls ohne Erfüllung der Vorversicherungszeiten als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

Diese beiden Regelungen stellen sicher, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Laufe ihres Erwerbslebens unabhängig von der Höhe des erzielten Arbeitsentgelts mindestens einmal die Möglichkeit haben, der gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten.

Im Rahmen einer Übergangsregelung besteht darüber hinaus ein einmaliges Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die mit Inkrafttreten der Neuordnung unmittelbar versicherungsfrei werden, aber noch nicht die Vorversicherungszeit für eine freiwillige Mitgliedschaft erfüllt haben. Nach dem bisher geltenden Recht konnten diese Arbeitnehmerinnen

und Arbeitnehmer davon ausgehen, dass sie drei Jahre versicherungspflichtig sein würden und die Voraussetzungen für eine anschließende freiwillige Mitgliedschaft in jedem Fall erfüllten. Daher soll ihnen diese Möglichkeit des freiwilligen Verbleibs in der gesetzlichen Krankenversicherung auch im Rahmen der Neuregelung einmalig erhalten bleiben.

Freiwillig versichern können sich außerdem:

- Schwerbehinderte, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte beziehungsweise eingetragener Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre gesetzlich krankenversichert waren; die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen.
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr aus dem Ausland wieder eine Beschäftigung aufnehmen, die nicht zur Versicherungspflicht führt.

Wechsel in die Private Krankenversicherung

- Jeder Beschäftigte, für den die Regelungen zur freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse zutreffen, kann sich auch privat versichern.
- Die Entscheidung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung ist eine weitreichende, deren Konsequenzen gründlich überdacht werden sollten. Deshalb wird empfohlen, Gespräche über die Beitrags- und Prämienkonditionen und die Leistungsunterschiede der verschiedenen Systeme mit den Krankenkassen vor Ort zu führen. Bei der Entscheidung sollte auch bedacht werden, dass ein beliebiger Wechsel zurück in die gesetzliche Krankenversicherung nach den Regelungen zur gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist.
- Bei einem Wechsel von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung gelten die vorgegebenen Kündigungsfristen. Eine

Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Bindungsfrist von 18 Monaten an die gesetzliche Krankenkasse gilt nicht, wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse, sondern bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen begründet werden soll.

Familienversicherte

Wann sind meine Partnerin oder mein Partner und meine Kinder mitversichert?

Kinder, Ehegatten und eingetragene Lebenspartner von Mitgliedern sind beitragsfrei familienversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und über ein Gesamteinkommen verfügen, das eine bestimmte Einkommensgrenze (im Jahr 2011: 365 Euro monatlich) nicht regelmäßig überschreitet. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro monatlich. Voraussetzung für die Familienversicherung ist auch, dass die Angehörigen nicht anderweitig versicherungspflichtig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ist ein wesentliches Element des sozialen Ausgleichs, das die gesetzliche Krankenversicherung prägt. Sie stellt eine Ausnahme vom Grundsatz der eigenen Beitragspflicht eines Versicherten dar. Um die Solidargemeinschaft vor einer finanziellen Überforderung zu schützen, wirkt die beitragsfreie Familienversicherung aber nur unterstützend in den Fällen, in denen die Angehörigen kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen erzielen. Angehörigen mit eigenem Einkommen oberhalb der gesetzlich festgelegten Grenze ist hingegen eine eigene Beitragszahlung zuzumuten.

Das Gesamteinkommen ist nach der gesetzlichen Definition die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts; es umfasst insbesondere das Arbeitsentgelt und das Arbeitseinkommen. Unterhaltzahlungen werden bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht berücksichtigt. Bei Renten wird insoweit der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt.

Nach Beendigung der Familienversicherung kann der Versicherungsschutz in der Regel durch eine eigene freiwillige Versicherung fortgesetzt werden.

Besonderheiten:

- Während des Mutterschutzes beziehungsweise der Elternzeit bleiben vorher Pflichtversicherte weiter Mitglied, sodass sie in dieser Zeit nicht familienversichert sein können.
- Die Familienversicherung eines Kindes ist ausgeschlossen, wenn die mit dem Kind verwandte Ehe- oder Lebenspartnerin beziehungsweise der Ehe- oder Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist und ihr oder sein regelmäßiges Gesamteinkommen die monatliche Versicherungspflichtgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das des gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartners.
- Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern ist zeitlich begrenzt. Der gesetzlich vorgegebene Zeitrahmen geht dabei von der für den jeweiligen Bildungsweg typisierenden Schul- und Ausbildungsdauer aus. In der Regel kann die Schul- und Berufsausbildung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres abgeschlossen werden. Kinder sind daher bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres familienversichert, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder

verzögert, besteht die Familienversicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.

- Bei Studenten ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass nach Ende der Familienversicherung wegen Überschreitens der Altersgrenze eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Studenten bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres begründet werden kann. Dabei genießen Studenten gegenüber anderen Mitgliedern beitragsrechtlich eine privilegierte Stellung, d. h., sie zahlen einen besonders niedrigen Beitrag. Fachschüler können der GKV nach Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitglieder beitreten und zahlen den gleichen Beitrag wie Studenten.
- Ohne Altersgrenze sind Kinder nur versichert, wenn sie infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist allerdings, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem eine Familienversicherung bestanden hat.

Beitragshöhe

Was kostet mich die gesetzliche Krankenversicherung?

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen.

Bei Pflichtversicherten sind dies das Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, sogenannte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten) sowie weitere Arbeitseinkommen. Bei freiwillig Versicherten ist bei der Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Der Begriff der „gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit“ umfasst alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Freiwillig Versicherte zahlen dementsprechend zusätzlich Beiträge aus sonstigen Einnahmen wie zum Beispiel Einnahmen aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung.

Sowohl bei pflicht- als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.712,50 Euro im Monat bzw. 44.550 Euro im Jahr; Stand 2011) berücksichtigt.

Beitragssätze

In der GKV unterscheidet man zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz.

Der allgemeine Beitragssatz gilt für Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte) mit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen. Auch Rentnerinnen und Rentner zahlen Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz.

Der ermäßigte Beitragssatz gilt für Versicherte, die ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind bzw. deren Leistungsumfang eingeschränkt ist. Zudem findet der ermäßigte Beitragssatz für die sonstigen Einnahmen (zum Beispiel Zins- oder Mieteinkünfte) von freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern Anwendung.

Wie hoch ist der Beitragssatz?

Der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung beträgt für alle Mitglieder der GKV 15,5 Prozent. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner zahlen insgesamt 8,2 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens bzw. ihrer Rente, Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger 7,3 Prozent.

Besondere Regelungen gelten bei der Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen und bei einer Beschäftigung innerhalb der sogenannten Gleitzone, d. h. einem monatlichen Arbeitsentgelt zwischen 400,01 und 800 Euro.

Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2010

Allgemeiner Beitragssatz (Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag, paritätisch finanziert 14,6 %)	15,5 %
Ermäßigter Beitragssatz (kein Krankengeldanspruch)	15,5 %
Beitragssatz aus Versorgungsbezügen	15,5 %
Beitragssatz aus gesetzlicher Rente (paritätisch finanziert 14,6 %)	15,5 %
Pflegeversicherung (Personen ohne Kinder zuzügl. 0,25 %)	1,95 % bzw. 2,2 %
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	3.712,50 €
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	44.550 €

Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig Versicherte in der GKV pro Monat

Personenkreis freiwillig Versicherte	Anspruch auf Kranken- geld*	Beitrag für die Krankenversicherung		Beitrag für die Pflegeversicherung		
		paritätisch	Mitglied (0,9 %)	Gesamt	Eltern	ohne Kinder
Über der Versicherung- pflichtgrenze verdienende Arbeitnehmer	ja	542,03 €	33,41 €	575,44 €	72,39 €	81,68 €
Allgemein (Mindestbemes- sungsgrundlage 851,67 €)	nein			126,90 €	16,61 €	18,74 €
Selbstständige (Mindestbemes- sungsgrundlage 1.916,25 €)	nein ja			274,02 € 285,52 €	37,37 € 37,37 €	42,16 € 42,16 €
Existenzgründer § 57 SGB III oder § 421 I SGB III (Mindestbemes- sungsgrundlage 1.277,50 €)	nein ja			190,35 € 198,01 €	24,91 € 24,91 €	28,11 € 28,11 €
Höchstbeitrag für Selbstständige, Existenzgründer	nein ja			553,16 € 575,44 €	72,39 € 72,39 €	81,68 € 81,68 €
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein			553,16 €	72,39 €	81,68 €
Freiwillig versicherte Studenten	nein			126,90 €	16,61 €	18,74 €

* Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag

Selbstständige

Für Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt im Jahr 2011 ein Mindestbeitrag von 285 bis 297 Euro (je nach Krankengeldanspruch). Liegt Bedürftigkeit vor, kann dieser Beitrag auf 190 bis 198 Euro reduziert werden. Für die Beitragsbemessung werden alle Einnahmen aus der Selbstständigkeit sowie sonstige Einnahmen – zum Beispiel Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden), Vermietung und Verpachtung – berücksichtigt.

Krankengeld für Selbstständige

Für alle freiwillig versicherten Selbstständigen gilt der einheitliche ermäßigte Beitragssatz in Höhe von derzeit 14,9 Prozent. Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch. Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige können jedoch ihr Verdienstausfallrisiko zusätzlich absichern über

- einen Krankengeldwahltarif: Die Krankenkassen müssen einen solchen Tarif anbieten, dürfen dafür aber auch einen Prämienzuschlag verlangen, der von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein kann. Gesundheitsprüfungen wie in der privaten Krankenversicherung sind dabei nicht zulässig.
- die Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes, der den „gesetzlichen“ Krankengeldanspruch, d. h. die Absicherung des Entgeltausfallrisikos ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, abdeckt.

Rentnerinnen und Rentner

Welche Beiträge zahle ich als Rentnerin oder Rentner?

Versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner müssen neben den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung auch für Versorgungsbezüge sowie für Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit Krankenversicherungsbeiträge zahlen.

Die Beiträge aus der Rente werden mit Ausnahme des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils von 0,9 Prozent je zur Hälfte von den Rentnerinnen und Rentnern und vom Rentenversicherungsträger getragen. Die Beiträge aus den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen sind von der versicherungspflichtigen Rentnerin oder vom versicherungspflichtigen Rentner allein zu tragen.

Bei freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern werden der Beitragsbemessung nacheinander der Zahlungsbetrag der Rente, der Zahlungsbetrag der Versorgungsbezüge, das Arbeitseinkommen und die sonstigen Einnahmen, die die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds bestimmen, bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt. Freiwillige Mitglieder tragen den Beitrag grundsätzlich allein. Sie erhalten jedoch vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den aus der Rente zu zahlenden Beiträgen. Der Zuschuss wird in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes abzüglich des mitgliederbezogenen Beitragssatzanteils geleistet und beträgt demnach 7,3 Prozent der Rente im Jahr 2011.

Versorgungsbezüge

Versorgungsbezüge sind – unabhängig davon, ob sie laufend oder einmal gezahlt werden – mit der Rente vergleichbare Einnahmen. Sie sind beitragspflichtig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger sie aufgrund einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erhält und sie auf eine frühere Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind.

Zu Versorgungsbezügen zählen unter anderem:

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (mit Ausnahme von übergangsweise gewährten Bezügen, unfallbedingten Leistungen oder Leistungen der Beschädigtenversorgung)
- Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister
- Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe eingerichtet sind
- Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme von Übergangshilfen
- Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der Hüttenknapp-schaftlichen Zusatzversicherung

Die Feststellung der Beitragspflicht im Einzelfall ist Aufgabe der Krankenkassen, die bei ihren Entscheidungen z. B. auch die Rechtsprechung zu berücksichtigen haben. So dürfen beispielsweise nach aktuellen Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts diejenigen Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung, wie z. B. Direktversicherungen, nicht mit Krankenkassenbeiträgen belastet werden, die auf Beiträgen beruhen, die ein Arbeitnehmer nach Beendigung seiner Erwerbstätigkeit auf den Lebensversicherungsvertrag unter Einrücken in die Stellung des Versicherungsnehmers eingezahlt hat.

Bei allen Fragen rund um die Beitragspflicht von Versorgungsbezügen im Einzelfall empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse. Für die Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen findet der allgemeine Beitragsatz Anwendung.

Kapitalleistungen werden gleich behandelt

Als beitragspflichtige Versorgungsbezüge gelten neben monatlichen Betriebsrenten auch nicht wiederkehrende Leistungen (Kapitalabfindungen), die vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden sind. Beitragspflichtige Kapitalabfindungen werden monatlich, verteilt auf zehn Jahre, der Beitragsberechnung zugrunde gelegt. Unterschiedliche Bezugsarten werden damit beitragsrechtlich gleich behandelt.

Arbeitsuchende

Wer bezahlt bei Arbeitslosigkeit den Arbeitgeberanteil?

Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (ALG II) und Unterhaltsgeld tragen die Bundesagentur für Arbeit und der Bund die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, allerdings erst mit Bewilligung der beantragten Leistung (in der Regel auch rückwirkend).

Bedürftige

Was mache ich, wenn ich mir die Kassenbeiträge nicht mehr leisten kann?

Bedürftige Menschen können Sozialleistungen in Anspruch nehmen, die aus Steuermitteln finanziert werden. Sie sind den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gleichgestellt. Dementsprechend erhalten sie wie alle anderen Versicherten auch eine Krankenversichertenkarte.

Seit dem 1. Januar 2005 erhalten alle erwerbsfähigen (bisherigen) Sozialhilfeempfänger bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Arbeitslosengeld II. Als Bezieher von Arbeitslosengeld II sind sie Kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Seit dem 1. April 2007 (bzw. 1. Januar 2009 für die private Krankenversicherung) gilt für „Neufälle“ folgende Regelung: Sozialhilfeempfänger bleiben in ihrer bisherigen Krankenkasse bzw. bei ihrem bisherigen privaten Versicherungsunternehmen versichert. Waren sie bislang unversichert, werden sie in der Regel der Krankenkasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zugeordnet, bei dem sie zuletzt versichert waren. Die Beiträge werden vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Auch bei Erwerbsfähigen, die kein ALG II beziehen, kann der zuständige Träger der Grundsicherung die Beiträge für eine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung ganz oder teilweise übernehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass mit der Übernahme Hilfebedürftigkeit vermieden werden kann. Nicht erwerbsfähige Personen (Menschen ab 65 Jahren und Personen, die voll erwerbsgemindert sind) können Leistungen der Sozialhilfe erhalten, für die die Zuständigkeit bei den örtlichen Sozialhilfeträgern liegt. Von den Trägern der Sozialhilfe sind im erforderlichen Umfang auch die Pflichtbeiträge zur Krankenversiche-

rung von nicht erwerbsfähigen Personen zu übernehmen, die nur durch die Zahlung dieser Beiträge hilfebedürftig würden.

Voraussetzung für einen Anspruch ist jeweils, dass kein ausreichendes eigenes Einkommen und Vermögen existiert. Die oder der Hilfebedürftige muss daher zunächst alle Möglichkeiten nutzen, den entstandenen Bedarf selbst zu decken. Dazu muss sie oder er auch vorhandenes Vermögen einsetzen. Allerdings hat der Gesetzgeber verschiedene Freibeträge eingeräumt bzw. Vermögensgegenstände bestimmt, die nicht berücksichtigt werden. Nicht versicherungspflichtige und nicht familienversicherte Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe sowie ALG II haben grundsätzlich Anspruch auf einen Zuschuss zu den Beiträgen für ihre private Krankenversicherung. Zu den von der Versicherungspflicht ausgenommenen Personen, deren Beiträge zur privaten Krankheitsvorsorge zuschussfähig sind, gehören u. a. Personen,

- die unmittelbar vor dem Bezug der Sozialleistung privat krankenversichert waren,
- die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbstständig tätig oder versicherungsfrei sind.

Der Gesundheitsfonds

Seit dem 1. Januar 2009 legen die 156 gesetzlichen Krankenkassen (Stand 01.01. 2011) ihre Beitragssätze nicht mehr selbst fest. Stattdessen zahlen alle gesetzlich Versicherten den gleichen Beitragssatz.

Mit dem Gesundheitsfonds fließen alle Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie der Steuerzuschuss des Bundes in einen gemeinsamen Topf. Dort wird das Geld gesammelt und je nach Alter, Geschlecht und vor allem Gesundheitszustand der Versi-

cherten als Pauschale an die Kassen verteilt. Das heißt: Hat eine Krankenkasse viele Versicherte mit bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen, deren Behandlung hohe Kosten verursacht, bekommt sie mehr Geld aus dem Fonds als Krankenkassen, die viele gesunde Versicherte haben.

Was bedeutet morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich?

Die gesetzlichen Krankenkassen haben unterschiedliche Versichertenstrukturen. Während die einen viele gesunde Versicherte aufweisen, haben andere überdurchschnittlich viele chronisch kranke Versicherte.

Mit dem Gesundheitsfonds wurde deshalb auch der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt. Er regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung ihrer Versicherten erhalten. „Morbidus“ ist Latein und bedeutet „krank“. Der komplizierte Begriff meint also ganz einfach: Kassen mit mehr kranken Versicherten bekommen mehr Geld aus dem Fonds als die mit überwiegend jungen, gesunden Versicherten.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich berücksichtigt 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten besonders und gleicht so den unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten verschiedener Krankenkassen gezielt aus. Einen Morbiditätszuschlag zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhalten die Krankenkassen zum Beispiel für Versicherte mit Diabetes mellitus, Parkinson, HIV/AIDS, Hämophilie (Bluterkrankheit) und Herzinsuffizienz.

Prämien und Zusatzbeiträge

Krankenkassen können Prämien auszahlen, wenn sie Überschüsse erzielen. Und sie müssen Zusatzbeiträge erheben, wenn die Finanzmittel, die ihnen über den Gesundheitsfonds zur Verfügung stehen, für die Versorgung der Versicherten und die Verwaltungsausgaben nicht ausreichen.

Wann kann meine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben?

Kommt eine Krankenkasse mit dem aus dem Gesundheitsfonds überwiesenen Geld nicht aus, muss sie zunächst Effizienzreserven erschließen. Reicht auch das nicht, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben. Die Krankenkasse entscheidet selbst, in welcher Höhe sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangt. Für die Versicherten sind diese Zusatzbeiträge ein deutliches Preissignal. Sie können erkennen, wie gut eine Krankenkasse wirtschaftet oder ob deren Service für sie im richtigen Verhältnis zum Preis steht. Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einführt, muss sie ihren Mitgliedern dies mitteilen. Der Betrag ist einkommensunabhängig und für alle Mitglieder einer Krankenkasse gleich. Die Satzung einer Krankenkasse muss Regelungen zur Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags enthalten. Hinsichtlich der Fälligkeit und der Zahlung des Zusatzbeitrags hat sie jedoch einen weiten Handlungsspielraum und kann zum Beispiel die Fälligkeit anders als monatlich festlegen oder Skonti bei der Vorauszahlung des Zusatzbeitrags gewähren. Die Krankenkassen müssen ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit über den neu erhobenen bzw. den erhöhten Zusatzbeitrag informieren.

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag und Sozialausgleich

Die tatsächlichen Zusatzbeiträge der Krankenkassen können unterschiedlich hoch sein. Es gibt aber für alle einen „Orientierungswert“ – den sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Das ist eine Rechengröße: Jedes Jahr schauen sich die Experten beim Bundesversicherungsamt die Ausgaben- und Einnahmenerwartungen in der

Rechenbeispiel

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	20 €
Zusatzbeitrag der Krankenkasse	18 €
Beitragspflichtige Einnahmen	800 €
davon 2 Prozent	16 €
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag minus 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen	20-16=4 €

gesetzlichen Krankenversicherung für das Folgejahr an. Auf dieser Grundlage wird errechnet, wie hoch die Zusatzbeiträge im Durchschnitt sein müssen, um eine für das Folgejahr erwartete Finanzlücke zu schließen.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag – nicht der Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkasse – ist der Maßstab für den Sozialausgleich. Die Regel lautet: Überschreitet der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes, ist dessen Belastungsgrenze erreicht. Dann greift der Sozialausgleich.

Der Sozialausgleich läuft automatisch

Ohne dass der Versicherte einen Antrag stellen muss, führt in der Regel der Arbeitgeber oder Rentenversicherer den Sozialausgleich durch. Dies funktioniert in den meisten Fällen über die monatliche Abrechnung. Der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitnehmers oder Rentners wird um den Betrag reduziert, um den ein Mitglied durch den Zusatzbeitrag überfordert ist. Das ausgezahlte Arbeitsentgelt bzw. der Rentenzahlbetrag ist dann also entsprechend höher.

Der Beitragszahler bekommt vier Euro Sozialausgleich. Um diesen Betrag fällt das Arbeitsentgelt oder die Rente höher aus.

Zuständige Stellen

Zusatzbeiträge und Sozialausgleich gelten in der Regel für alle Arbeitnehmer und Rentner, für Studenten, Auszubildende, Selbstständige, für Bezieher von Arbeitslosengeld I und Kurzarbeitergeld sowie für andere freiwillig oder pflichtversicherte Mitgliedergruppen. Die Besonderheiten:

- Für pflichtversicherte Arbeitnehmer mit einer beitragspflichtigen Einnahme regelt der Arbeitgeber den Ausgleich.
- Für pflichtversicherte Rentner ohne weitere beitragspflichtige Einnahmen übernimmt der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich.
- Für pflichtversicherte Arbeitnehmer und Rentner mit mehreren Einnahmen prüft die Krankenkasse den Anspruch auf Sozialausgleich und informiert die Stellen, die den Beitrag abführen, über das jeweils anzuwendende Verfahren. Übersteigt eine Rente 260 Euro, zahlt allerdings immer der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich aus.
- Für freiwillig versicherte Arbeitnehmer und Rentner sowie für Studenten und Selbstständige regelt die Krankenkasse den Sozialausgleich, da sie auch ihren Beitrag direkt an ihre Krankenkasse zahlen. Es gelten die heutigen Mindestbemessungsgrundlagen. Für Studenten ist der BAFöG-Bedarfssatz die Grundlage für den Sozialausgleich.
- Bei unständig Beschäftigten ist ebenfalls die Krankenkasse für die Durchführung des Sozialausgleichs zuständig. In diesem Fall muss das Mitglied jedoch alle drei, spätestens alle 12 Monate die erforderlichen Nachweise in einem Antragsverfahren vorlegen.

- Für Künstler und Publizisten führt die Künstlersozialkasse den Sozialausgleich durch.
- Für Arbeitslosengeld-I-Bezieher regelt die Bundesagentur für Arbeit den Ausgleich.

Wer ist vom Zusatzbeitrag befreit?

Bestimmte Mitgliedergruppen der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen grundsätzlich keinen Zusatzbeitrag, wenn sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Zahlen sie keinen Zusatzbeitrag, benötigen sie folglich auch keinen Sozialausgleich. Dies gilt für

- Bezieher von Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Versorgungskrankengeld, Elterngeld und Mutterschaftsgeld,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen,
- Auszubildende, die weniger als 325 Euro verdienen oder nach dem BBiG in einer außerbetrieblichen Einrichtung arbeiten,
- Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten,
- Wehr- und Zivildienstleistende,
- Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, unabhängig davon, ob sie über weitere beitragspflichtige Einnahmen verfügen. Die Krankenkasse kann jedoch in ihrer Satzung vorsehen, dass die Differenz zwischen dem durchschnittlichen und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag vom Mitglied zu zahlen ist.

Beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige zahlen grundsätzlich keine Beiträge und damit auch keinen Zusatzbeitrag.

Sonderkündigungsrecht

Grundsätzlich gilt eine gesetzliche Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten. Mitglieder, die ihrer Kasse kündigen wollen, müssen mindestens 18 Monate lang dort versichert gewesen sein. Sie haben jedoch ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt, den Zusatzbeitrag erhöht oder aber die Prämie, die sie auszahlt, senkt. In diesen Fällen gilt die 18-monatige Bindungsfrist nicht, und die Kasse muss ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung über die Neuerungen informieren, sodass diese die Kasse ohne Beitragserhebung wechseln können. Wer allerdings einen Wahltarif bei seiner Krankenkasse abgeschlossen hat, ist an diesen in der Regel drei Jahre lang gebunden. In dieser Zeit kann die Krankenkasse nicht gewechselt werden.

Beispiel

Eine Krankenkasse beabsichtigt die erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitrags zum 1. Mai, und in ihrer Satzung ist als Fälligkeit der 15. des Folgemonats bestimmt. Das bedeutet: erstmalige Fälligkeit des Zusatzbeitrags am 15. Juni. Die Krankenkasse muss bis zum 15. Mai ihre Mitglieder über die Erhebung eines Zusatzbeitrags informieren.

Krankenkassenwahl

Welche Wahlmöglichkeiten habe ich bei der gesetzlichen Krankenversicherung?

Als versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied können Sie grundsätzlich eine der folgenden Krankenkassen wählen:

- die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Ihres Beschäftigungs- oder Wohnorts
- jede Ersatzkasse, auch solche, deren Namen auf bestimmte Berufsgruppen hinweisen, deren Zuständigkeit sich aber auf Ihren Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt
- eine Betriebskrankenkasse (BKK) oder Innungskrankenkasse (IKK), wenn Sie in einem Betrieb beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, für den eine BKK oder IKK besteht
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Rücksicht auf die Betriebszugehörigkeit, sofern sie sich durch eine Satzungsregelung „geöffnet“ hat. Bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Unabhängig vom Wohn- und Beschäftigungsort ist außerdem eine Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse bzw. Ersatzkasse u. a. wählbar, wenn

- dort die Ehepartnerin oder der Ehepartner versichert ist,
- dort zuletzt vor Beginn der Versicherungspflicht oder -berechtigung eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat.

Als Studentin oder Student können Sie zusätzlich die Ortskrankenkassen oder jede Ersatzkasse am Hochschulort wählen.

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind berufsständische Krankenkassen und fallen deshalb nicht unter das allgemeine Kassenwahlrecht.

Lohnt sich für mich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen über eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Versicherten einzustellen. Dazu gehören Wahltarife, Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Ein Wechsel sollte daher gut überlegt sein.

Was Sie vor einem Wechsel klären sollten

- Welche speziellen Wahltarife bietet die Krankenkasse?
- Verlangt die Kasse Zusatzbeiträge oder zahlt sie eine Prämie aus?
- Wo bekomme ich die beste Beratung?
- Ziehe ich eine persönliche Beratung vor Ort vor, oder reicht mir eine telefonische Beratung oder eine Beratung via Internet?
- Welche Zusatzleistungen bietet mir die Krankenkasse?
- Welche für mich geeigneten Behandlungsprogramme werden angeboten?
- Welches Bonussystem passt am besten zu mir?
- Was muss ich bei einer Kündigung beachten?

Lassen Sie sich vor einer Entscheidung von unabhängigen Verbraucherorganisationen wie den Verbraucherzentralen (www.vzvbv.de) oder der Stiftung Warentest (www.test.de) beraten.

Zusatzleistungen

Welche Zusatzleistungen bietet mir die Krankenkasse?

Der Leistungskatalog der GKV wird laufend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angepasst. Die dort festgelegten erforderlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen bieten alle gesetzlichen Krankenkassen an. Darüber hinaus können sich Leistungsumfang und -qualität leicht unterscheiden. So bieten manche Krankenkassen zum Beispiel „Sonderleistungen“ bei der häuslichen Krankenpflege oder bei der Haushaltshilfe. Je nach persönlichen gesundheitlichen Bedürfnissen können sich daraus Vorteile ergeben.

Den gesetzlichen Krankenkassen ist auch die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen gestattet. Als Ergänzung zu ihren Leistungen können sie Zusatzpolicen – beispielsweise für Brillen, Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus, Naturheilverfahren oder eine Auslandsreisekrankenversicherung – vermitteln. Vergleichen Sie auch hier Preise und Leistungen und achten Sie auf günstige Sondertarife.

Wahltarife

Welcher Tarif passt am besten zu mir?

Durch die Einführung der Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Wahlfreiheit der Versicherten deutlich erweitert worden. Sie können entscheiden, ob sie durch die Wahl bestimmter Tarife Geld sparen wollen oder mehr Leistungen wünschen, die ihrem persönlichen Bedarf gerechter werden. Dafür bezahlen die Versicherten dann höhere Beiträge.

Wahltarife im Überblick

Kassen müssen anbieten	Kassen können anbieten
<p>Tarife für die Teilnahme der Versicherten an folgenden besonderen Versorgungsformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Versorgung • besondere ambulante ärztliche Versorgung • strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) • Modellvorhaben • hausarztzentrierte Versorgung • Wahltarife mit Anspruch auf Krankengeld für bestimmte Personengruppen, die in der Regelversorgung keinen oder einen eingeschränkten Anspruch auf Krankengeld haben 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbehalttarife • Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen • variable Kostenerstattungstarife • Tarife, die die Übernahme der Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beinhalten

Die Pflichtangebote der Krankenkassen

Krankenkassen müssen ihren Versicherten spezielle Tarife für besondere Versorgungsformen anbieten. Dazu gehören vor allem die folgenden Angebote:

Wahltarif für Integrierte Versorgung

Für eine Vielzahl von Krankheiten gibt es mittlerweile integrierte Versorgungsangebote. Hier werden Patientinnen und Patienten vernetzt behandelt. In integrierte Versorgungsnetze können neben Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch nichtärztliche Leistungserbringer (zum Beispiel Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) eingebunden werden. Das vermeidet Mehrfachuntersuchungen und verbessert die Behandlung.

Hausarzttarif

Die meisten Erkrankungen kann der Hausarzt abschließend behandeln. Wer sich verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, kann sich hierdurch unter Umständen auch einen finanziellen Vorteil sichern: Die Entscheidung für den Hausarzttarif wird von vielen Krankenkassen mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen belohnt.

Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme

Für chronisch Kranke ist eine kontinuierliche, gut abgestimmte Behandlung besonders wichtig. Dank sogenannter strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) kann die medizinische Versorgung inzwischen nachhaltig verbessert werden. Ob für Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Brustkrebs: Millionen Versicherte profitieren inzwischen bundesweit von den Programmen. Für Patientinnen und Patienten, die an diesen Programmen – mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen, hochwertigen

medizinischen Leistungen und Schulungsprogrammen – teilnehmen, müssen die Kassen einen speziellen Wahltarif bereithalten.

Wahltarif für besondere ambulante Versorgungsformen

Einige Kassen bieten ihren Versicherten besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen an, bei denen sie in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten zum Beispiel spezifische Angebote für ein bestimmtes Krankheitsbild oder für die medizinische Versorgung einer Region bereithalten. Versicherte, die sich daran beteiligen, haben Anspruch auf einen spezifischen Wahltarif.

Der Krankengeldtarif – mehr Sicherheit für Selbstständige

Bestimmte Versicherte wie Selbstständige oder unständig Beschäftigte können sich mit diesem Tarif einen Krankengeldanspruch sichern. Für den Krankengeldtarif mit Krankengeldanspruch verlangt die Kasse einen Prämienzuschlag. Die Versicherten können damit zwischen einem Wahltarif, der keine Altersstaffelungen enthalten darf, oder einer Absicherung des Entgeltausfallrisikos ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit über den „gesetzlichen“ Krankengeldanspruch gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes wählen.

Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen

Die Kassen können ihren Versicherten eine ganze Reihe freiwilliger Wahltarife anbieten. Versicherte, die sich für einen dieser Tarife entscheiden, binden sich für mindestens drei Jahre. Die wichtigsten Tarife werden im Folgenden beschrieben.

Der Selbstbehalttarif – kalkuliertes Risiko

Jede und jeder gesetzlich Versicherte kann sich für die „Selbstbeteiligung“ entscheiden, wenn die Krankenkasse diesen Tarif anbietet. Damit verpflichtet sich die oder der Versicherte, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhält man von der Kasse eine Prämie.

So funktioniert der Selbstbehalttarif

Beispiel: Sie schließen mit Ihrer Krankenkasse einen Vertrag über einen Selbstbehalttarif mit folgender Regelung ab: Die Kasse zahlt Ihnen eine Prämie in Höhe von 600 Euro pro Jahr. Diesen Betrag erhalten Sie in jedem Fall. Im Gegenzug verpflichten Sie sich, eventuell anfallende Behandlungskosten – für Arzt, Arzneien oder Klinik – bis zu einer Höhe von 1.000 Euro selbst zu bezahlen.

Das bedeutet: Liegen Ihre tatsächlichen Aufwendungen für medizinische Behandlungskosten zum Beispiel bei 400 Euro, hat sich Ihre Beitragslast unter dem Strich um 200 Euro verringert. Für Versicherte, die ihre Behandlungskosten gering halten, kann sich ein solcher Selbstbehalt also lohnen.

Der Kostenerstattungstarif – variabel und flexibel

Entscheiden Sie sich für eine Kostenerstattung, erhalten Sie medizinische Leistungen wie eine Privatpatientin oder ein Privatpatient gegen Rechnung und reichen diese bei der Krankenkasse ein. Dabei kann die Kostenerstattung auf ausgewählte Versorgungsbereiche begrenzt werden, zum Beispiel auf ambulante, stationäre oder zahnärztliche Leistungen. In besonderen Kostenerstattungstarifen können höhere Vergütungen vereinbart werden, als sie normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Hierfür zahlen Sie an die Krankenkasse eine zusätzliche Prämie.

Tarife für besondere Arzneimitteltherapien

Wer alternative Therapien, zum Beispiel homöopathische Arzneien, in Anspruch nehmen möchte, kann dafür einen besonderen Tarif wählen, wenn die Krankenkasse einen solchen anbietet. Für diese Ausweitung des Leistungsanspruchs wird dann eine zusätzliche Prämie fällig.

Beitragsrückerstattungstarif – bei manchen Kassen auch als Prämientarif bekannt

Manche Krankenkassen bieten das Beitragsrückvergütungsmodell an. Wer ein Jahr lang keine ambulante medizinische Behandlung benötigt oder keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nimmt, erhält abhängig vom Wahltarif Geld zurück. Vorsorgeuntersuchungen gelten zu meist nicht als in Anspruch genommene Leistungen der Krankenkasse.

Wie lange bin ich an Wahltarife gebunden?

Die verschiedenen Wahltarife haben unterschiedliche Bindungsfristen. Bei den Wahltarifen für die Beitragsrückerstattung, die Kostenerstattung sowie für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beträgt die Bindungsfrist ein Jahr. Sie beträgt drei Jahre für den Wahltarif über einen Selbstbehalt und zum Krankengeld. Für die besonderen Versorgungsformen gibt es weiterhin keine Mindestbindungsfrist.

Bonusprogramme

Welches Bonussystem ist das richtige für mich?

Die Krankenkassen können Bonusprogramme für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten anbieten. Dazu gehört beispielsweise die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen. Die Bonusysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Sie muss dabei selbst bewerten, mit welchen finanziellen Anreizen sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten motiviert. Möglich sind beispielsweise Ermäßigungen bei Zuzahlungen. Arbeitgeber können ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie in ihren Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Jede Krankenkasse hat andere Angebote. Fragen Sie bei den Kassen nach und prüfen Sie, welches Angebot Ihren individuellen Bedürfnissen am besten entgegenkommt.

Kündigung

Wie wechsle ich von einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer anderen?

Gesetzlich Versicherte können die Krankenkasse wechseln. Und keine wählbare gesetzliche Kasse darf eine Mitgliedschaft verwehren. Allerdings gilt es dabei, Fristen und Regeln zu beachten.

Sie können die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse kündigen, wenn sie die gesetzliche Mindestbindungsfrist von 18 Monaten für die Wahl der Krankenkasse erfüllt haben. Diese Wahlmöglichkeit besteht gleichermaßen für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder. Die Kündigung wirkt zum Ende des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat an, in dem die Kündigung erklärt wird. Sie wird

aber nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Bei einem Krankenkassenwechsel innerhalb der GKV geschieht dies durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung, die von der neu gewählten Krankenkasse ausgestellt wird.

Kündigungsfristen

An die Wahl der neuen Krankenkasse ist das Mitglied erneut 18 Monate gebunden. Diese Bindungsfrist soll vermeiden, dass die Krankenkassen und die zur Meldung verpflichteten Stellen, wie etwa die Arbeitgeber, durch kurzfristige Wechsel von Krankenkasse zu Krankenkasse unzumutbar belastet werden.

Ausnahmen von der 18-monatigen Bindungsfrist bestehen auch in den folgenden Fällen:

- Die Kündigung der Mitgliedschaft eines freiwilligen Mitglieds erfolgt, weil die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung erfüllt sind.
- Die Kündigung erfolgt, weil die Absicherung im Krankheitsfall anschließend außerhalb der GKV sichergestellt werden soll (z. B. in einer privaten Krankenversicherung).
- Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung vorgesehen, dass die Mindestbindungsfrist nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Krankenkassenart begründet werden soll.

Kündigung bei Wahlтарifen

Wenn Sie einen Wahlтарif abgeschlossen haben, sind Sie an die Krankenkasse während der Laufzeit gebunden, d. h. bei den Wahlтарifen für die Beitragsrückerstattung, bei Kostenerstattung sowie für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen für ein Jahr und bei einem Selbstbehaltтарif und bei einem Krankengeldтарif drei Jahre. In dieser Zeit ist ein Krankenkassenwechsel nicht möglich. Eine Ausnahme bildet allerdings das Sonderkündigungsrecht. Es greift, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, diesen erhöht oder eine Prämienzahlung verringert. Ausgenommen von diesem Sonderkündigungsrecht ist allein der Wahlтарif für Krankengeld. Außerdem haben die Satzungen der Krankenkassen für alle Wahlтарife ein Sonderkündigungsrecht für besondere Härtefälle vorzusehen.

Wie kündige ich?

Sie müssen Ihrer Krankenkasse schriftlich kündigen. Diese ist verpflichtet, Ihnen unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Nach Vorlage der Kündigungsbestätigung stellt Ihnen die neue Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung aus. Mit der Vorlage dieser neuen Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse wird Ihre Kündigung wirksam. Wenn keine Mitgliedschaft in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen werden soll, ist der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (z. B. eine private Krankenversicherung), damit die Kündigung wirksam wird.

Versicherungsschutz im Ausland

Bin ich im Ausland bei Erkrankung oder Unfall versichert?

Grundsätzlich werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nur im Inland erbracht. Es gibt jedoch Ausnahmen:

In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) haben Sie bei vorübergehenden Aufenthalten Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen. Dabei gelten dieselben Bedingungen, wie sie für die Versicherten des Gastlandes gegeben sind.

In Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz (Europäischer Wirtschaftsraum EWR) gelten ebenfalls die obigen Regelungen.

Mit vielen weiteren Ländern wie z. B. Israel, Kroatien, Tunesien oder der Türkei wurden Sozialversicherungsabkommen getroffen, die auch den Krankenversicherungsschutz einschließen. Vor einem Urlaub in den oben genannten Ländern sollten Sie mit Ihrer Krankenkasse sprechen und sich gegebenenfalls eine „Europäische Krankenversicherungskarte“ (EHIC) oder eine Anspruchsbescheinigung ausstellen lassen. Nähere Informationen zum Leistungsumfang und zu den Besonderheiten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen des Gastlandes gibt Ihnen Ihre Krankenkasse. Reicht Ihnen der Versicherungsschutz nicht aus oder wollen Sie Ihren Urlaub in einem anderen Gastland verbringen, sollten Sie als gesetzlich Versicherte oder Versicherter prüfen, ob Sie sich gegen mögliche Erkrankungen oder einen Unfall zusätzlich privat absichern.

Kann ich mir nachträglich die Kosten einer Behandlung im Ausland erstatten lassen?

Wenn Sie einen Arzt oder einen anderen medizinischen Leistungserbringer innerhalb der Europäischen Union und des EWR in Anspruch nehmen, können Sie auch vor Ort die Behandlungskosten bezahlen und dann die Rechnungsbelege bei Ihrer Krankenkasse in Deutschland einreichen. Die Kosten werden jedoch nur bis zu der Höhe übernommen, wie sie bei einer inländischen Behandlung entstanden wären. Ihre Krankenkasse kann darüber hinaus Abschläge vornehmen – beispielsweise für erhöhte Verwaltungskosten. Informieren Sie sich daher am besten vor einer Behandlung im europäischen Ausland bei Ihrer Krankenkasse, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt.

Bei Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich. Diese Genehmigung wird nicht erteilt, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland erlangt werden kann.

Wer hilft mir, wenn ich keine private Auslandsrankenversicherung für eine Behandlung außerhalb der EU abschließen kann?

Bei Versicherten, die aufgrund einer Vorerkrankung oder aufgrund ihres Alters keine private Auslandsrankenversicherung abschließen können, haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, für maximal sechs Wochen im Kalenderjahr die Kosten von unverzüglich erforderlichen Behandlungen bei privaten Auslandsreisen auch in Staaten außerhalb der EU und des EWR zu übernehmen. Bedingungen: Die Ablehnung der privaten Krankenversicherung muss vor dem Reiseantritt gegenüber der Kasse nachgewiesen werden. Und es ist die vorherige Zusage der Krankenkasse über die Gewährung des Versicherungsschutzes erforderlich. Die Krankenkasse übernimmt dann die Kosten bis zu der Höhe, wie sie im Inland entstanden wären.

Zahlt meine Kasse auch Behandlungen, die nur im Ausland möglich sind?

Ihre Krankenkasse kann ausnahmsweise die Kosten für eine erforderliche Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur außerhalb der Europäischen Union und des EWR möglich ist.

Private Krankenversicherung

Wie kann ich mich in der privaten Krankenversicherung versichern?

Das Versicherungsrecht beruht, wie das bürgerliche Recht generell, auf dem Grundsatz der Vertragsfreiheit. Deshalb können sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer grundsätzlich selbst entscheiden, ob und gegebenenfalls mit welchem Inhalt ein privater Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen werden soll. Daher gilt in der privaten Krankenversicherung (PKV) für die Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein Kontrahierungszwang, sodass Antragsteller auch wegen Vorerkrankungen oder aufgrund des Alters abgelehnt werden können.

Im Gegensatz zur GKV, bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, bemisst sich der Beitrag in der PKV nach dem Risiko der Versicherten. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab, insbesondere vom Eintrittsalter, dem Geschlecht und der individuellen Invaliditäts- und Krankheitsgefahr. Auch die Gestaltung des Versicherungsschutzes und die Vereinbarung von Selbsthalten beeinflussen die Höhe der Prämie. Seit dem 1. Januar 2009 müssen alle Unternehmen der PKV darüber hinaus einen Basistarif anbieten. Für diesen Tarif besteht Kontrahierungszwang, das bedeutet: Versicherte, die die Voraussetzungen erfüllen (siehe unten), dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden. Zuschläge wegen eines er-

höhten gesundheitlichen Risikos sind nicht zulässig. Die Behandlung der Versicherten im Basistarif wird durch die Kassenärztlichen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar und der Versicherungsbeitrag darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Der Beitrag im Basistarif (seit 1. Januar 2011 rund 575 €) wird jeweils zum 1. Januar eines Jahres neu ermittelt und zum 1. Juli eines Jahres angepasst. Kann jemand den Beitrag aufgrund von Hilfebedürftigkeit nicht bezahlen, wird die Prämie halbiert. Ist auch das zu viel, kann man Zuschüsse vom Grundsicherungs- bzw. Sozialhilfeträger bekommen.

Der Basistarif steht grundsätzlich allen Personen offen, die sich nach dem 1. Januar 2009 neu in der PKV versichert haben, sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die ehemals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind. Das Versicherungsunternehmen ist dabei frei wählbar. Damit privat Krankenversicherte mit geringerem Einkommen oder in höherem Alter nicht durch ihre Prämienzahlungen überlastet werden, können auch PKV-Versicherte mit vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträgen unter gewissen Voraussetzungen – ab Vollendung des 55. Lebensjahres, bei Bezug einer Beamtenpension bzw. Rente oder im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit – in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens wechseln.

Darüber hinaus ist u. a. für Personen im Ruhestand bzw. für Rentenbezieher die Möglichkeit des Wechsels in den sogenannten Standardtarif des bisherigen Versicherungsunternehmens vorgesehen. Von dieser Möglichkeit können jedoch nur Personen Gebrauch machen, die bereits am 31. Dezember 2008 privat krankenversichert waren. Die Leistungen im Standardtarif sind mit jenen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der Beitrag darf zudem den Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten, für Ehepaare ist der Beitrag auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt.

Weitere Informationen können bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingeholt werden. Informationen und Hilfen bei der Auswahl von Angeboten bietet auch die Stiftung Warentest (Stiftung Warentest, Postfach 30 41 41, 10724 Berlin, www.test.de; Beratungstelefon zur privaten Krankenversicherung Tel. 0 900 1/58 37 85 [50 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz] Mittwoch 9–16 Uhr).

Alterungsrückstellungen

Was passiert bei einem Tarif- oder Versicherungswechsel mit meinen Alterungsrückstellungen?

Grundsätzlich gilt: Beim Tarifwechsel innerhalb eines Unternehmens können die Alterungsrückstellungen in voller Höhe übertragen werden. Dies gilt sowohl für einen Wechsel in den Basistarif als auch für den Wechsel in andere Tarife des Unternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz.

Bei einem seit dem 1. Januar 2009 geschlossenen Vertrag ist ein Wechsel in den Basistarif desselben oder eines anderen Versicherers unter Mitnahme der Alterungsrückstellung möglich. Auch der Wechsel in einen anderen Tarif bei einem anderen Versicherungsunternehmen ist seither unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen möglich. Das alte Unternehmen ist zur Mitgabe der aufgebauten Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs verpflichtet.

Personen mit einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag haben das Recht, in den Basistarif desselben Unternehmens zu wechseln, wenn sie ihr 55. Lebensjahr vollendet haben, eine Rente oder Beamtenpension beziehen oder aber finanziell hilfebedürftig sind. Sie können die Alterungsrückstellung in voller Höhe in den neuen Vertrag übertragen.



Ich möchte gesund bleiben

Prävention

Prävention bedeutet Vorbeugung: Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern im Laufe des Lebens erworben. Jede und jeder hat die Chance, Erkrankungen vorzubeugen, vor allem durch regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung und ausreichende Erholung und Stressbewältigung. Darüber hinaus leisten Gesundheitsangebote in Gemeinde, Schule oder Betrieb einen wichtigen Beitrag zur Vorbeugung von Krankheiten.

Krankheit verhindern, erkennen und eindämmen

Gerade die sogenannten „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) können in vielen Fällen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden, zumindest aber verzögert werden. Hierzu zählen eine gesunde Ernährung, körperliche Aktivitäten und eine gute Stressbewältigung. Darüber hinaus lassen sich durch Impfungen schwerwiegende Infektionskrankheiten verhindern. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welche Möglichkeiten der Prävention es gibt. Auch sollten Sie regelmäßig die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen (s. Übersicht S. 62 ff.). Denn je früher eine Krankheit erkannt wird, desto besser können in vielen Fällen die Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten sein. Deshalb gilt: Wer für seine Gesundheit etwas tun will, geht nicht erst zum Arzt, wenn sich Beschwerden einstellen. Früherkennungsuntersuchungen sind übrigens zuzahlungsfrei.

Auch bei einer schweren Krankheit können Sie noch vieles tun. Durch eine frühzeitige und regelmäßige Behandlung werden mögliche Krankheitsfolgen, beispielsweise eines Schlaganfalles, gemildert und ein Rückfall, eine Verschlechterung des Zustands oder eine Folgeerkrankung verhindert.

Prävention lohnt doppelt

Die Krankenkassen und die Ärzte unterstützen Sie bei Ihrer Vorsorge. Dies geschieht durch Aufklärung, Beratung und die entsprechenden Leistungen. So informieren die Krankenkassen ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Früherkennungsmaßnahmen. Sie haben zudem die Möglichkeit, im Rahmen von Bonusprogrammen gesundheitsbewusstes Verhalten auch finanziell zu belohnen.

Vorsorge und Rehabilitation**Wer hilft mir, im Krankheitsfall wieder auf die Beine zu kommen?**

Während die Prävention ein hohes Maß an Eigeninitiative und Eigenverantwortung voraussetzt, sollen Vorsorgeleistungen wie Kuren oder Krankengymnastik eine geschwächte Gesundheit wieder kräftigen. So kann eine ernsthafte Erkrankung verhütet oder die Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit oder gar Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, während Rehabilitationsleistungen Aufgabe der Krankenversicherung, der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung sind.

Vorsorgen können Sie entweder ambulant oder stationär. Bei ambulanten Vorsorgemaßnahmen werden bestimmte Angebote am Kurort genutzt (beispielsweise Heilquellen, medizinische Behandlungen oder sonstige Therapien). Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können Sie auch in speziellen Einrichtungen wohnortnah in Anspruch nehmen. Stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen finden Sie in speziellen Einrichtungen. Dort werden Sie nicht nur behandelt und versorgt, Sie wohnen auch dort. Weitere Informationen zu den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Welchen Anspruch auf Rehabilitation habe ich?

Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Hierzu zählen auch Leistungen der geriatrischen Rehabilitation. Denn auch ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Die geriatrische Rehabilitation kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Ein Schwerpunkt der geriatrischen Rehabilitation liegt auf dem Einsatz mobiler Reha-Teams. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann auch zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.

Welchen Anspruch habe ich als Mutter oder als Vater?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter, die sogenannten Mutter-/Vater-Kind-Kuren, sind ebenfalls Pflichtleistungen der Krankenkassen. Das bedeutet: Wenn solche Maßnahmen medizinisch notwendig sind, müssen sie von der Krankenkasse bezahlt werden. Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder beim Müttergenesungswerk.

Wie lange und wie oft stehen mir Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge zu?

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dauern in der Regel drei Wochen, ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage. Die Regeldauer von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder unter 14 Jahren beträgt vier bis sechs Wochen. Bei begründeter medizinischer Notwendigkeit kann eine Verlängerung der Vorsorge- oder der Rehabilitationsleistung in Betracht kommen und beantragt werden. Sprechen Sie darüber mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt sowie mit Ihrer Krankenkasse.

Kann ich meine Reha-Einrichtung selbst auswählen?

Sie können Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche bezüglich einer bestimmten Reha-Einrichtung mitteilen. Wenn diese Einrichtung nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet ist und Ihre Wünsche Ihrer persönlichen Lebenssituation, Ihrem Alter, der Familie oder religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen Rechnung tragen, hat die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen. Bei der Entscheidung über die Einrichtung sind natürlich auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Etwas anderes gilt für Einrichtungen, die mit der Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag haben: Solche Einrichtungen können Sie ohne besondere Begründung wählen. Ist die von Ihnen gewählte Einrichtung allerdings teurer als die Vertragspartner Ihrer Krankenkasse, müssen Sie die Mehrkosten selbst tragen. Und: Diese Wahlfreiheit gilt nur dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung – nicht aber die Unfall- oder Rentenversicherung – für die Reha-Maßnahme zuständig ist.

Was zahlt die Kasse, was muss ich zuzahlen?

Grundsätzlich haben alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, also auch Rentnerinnen, Rentner und mitversicherte Ehepartner, Jugendliche und Kinder, Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Sie müssen aber beachten, dass ein anderer Leistungsträger (Rentenversicherung, Unfallversicherung) vorrangig zuständig sein kann.

Dies gilt insbesondere für Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt oder gefährdet ist. Bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation müssen Sie pro Tag zehn Euro zuzahlen. Bei Anschlussheilbehandlungen nach einer stationären Behandlung oder bei bestimmten festgelegten Indikationen wie etwa Sucht oder psychischer Erkrankung sind diese Zuzahlungen auf 28 Tage begrenzt. Bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen werden Ihnen hier angerechnet.

Beispiel

18 Tage Krankenhaus + 22 Tage Anschlussrehabilitation = 40 Tage
Zuzahlung: nur 28 Tage x 10 Euro = 280 Euro

Bei ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für kurärztliche Behandlungen (einschließlich der verordneten Arzneimittel), kurortsspezifische Heilmittel, spezifische Heilmittel und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Ihre Krankenkasse kann Ihnen zu den übrigen Kosten, die im Zusammenhang mit den ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen entstehen, einen finanziellen Zuschuss gewähren. Wenn Sie älter als 18 Jahre sind, müssen Sie jedoch Zuzahlungen leisten, beispielsweise für Heilmittel oder Arzneimittel. Außerdem müssen Sie bei einer ambulanten Rehabilitation für jeden Tag zehn Euro zuzahlen.

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Sobald Sie jedoch Ihre Belastungsgrenze erreicht haben – zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen oder ein Prozent, wenn Sie schwerwiegend chronisch krank sind –, werden Sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Wie bleibe ich am Arbeitsplatz gesund?

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz. Und damit dieser uns nicht krank macht, erbringen die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben. Dabei erarbeiten sie gemeinsam mit den Beschäftigten und den Verantwortlichen des Betriebes Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und wirken an der Umsetzung mit. Die Krankenkassen wirken hier eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen.

Selbsthilfegruppen

Wo finde ich Hilfe zur Selbsthilfe?

Selbsthilfegruppen leisten einen entscheidenden Beitrag für Patientinnen und Patienten, mit ihrer Erkrankung umzugehen und sie zu bewältigen. Sie unterstützen sie bei der Vorsorge, bei der Krankheitsbewältigung und bei der Stabilisierung von Rehabilitationserfolgen. Die Angebote der Selbsthilfe stellen deshalb eine wirksame Ergänzung der gesundheitlichen Versorgung dar.

Auskünfte über Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe erhalten Sie von Selbsthilfekontaktstellen, Krankenkassen und von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.

Selbsthilfeorganisationen engagieren sich aber auch für notwendige Verbesserungen im Gesundheitswesen. Sie vertreten neben Organisationen der Patientenberatung und Behindertenverbänden die Interessen der Patientinnen und Patienten in allen wichtigen Gremien. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die wichtige Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanziell zu unterstützen.

Welche Früherkennungsuntersuchungen sind empfohlen und werden von den gesetzlichen Kassen getragen?

Untersuchung/Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs)	ab 20 Jahren	Frauen	jährlich	Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) Inspektion des Muttermundes Krebsabstrich und zytologische Untersuchung (Pap-Test) gynäkologische Tastuntersuchung Befundmitteilung mit anschließender Beratung 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Brustuntersuchung (zur Früherkennung von Brustkrebs)	ab 30 Jahren	Frauen	jährlich	Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) Inspektion und Abtasten der Brust und der regionären Lymphknoten einschließlich der ärztlichen Anleitung zur Selbstuntersuchung Beratung über das Ergebnis 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Hautkrebs-Screening (zur Früherkennung von Hautkrebs: Malignes Melanom („schwarzer Hautkrebs“), Basalzellkarzinom und Spinozelluläres Karzinom (beide „weißer Hautkrebs“))	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre	Das Screening soll, wenn möglich, in Verbindung mit der zweijährlichen Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) durchgeführt werden und umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) visuelle (mit bloßem Auge), standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhautfalten Befundmitteilung mit anschließender Beratung (bei Verdacht Abklärung durch einen Facharzt) 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Prostatauntersuchung, Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Prostatakrebs)	ab 45 Jahren	Männer	jährlich	Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden) Inspektion und Abtasten des äußeren Genitales Tastuntersuchung der Prostata (vom Enddarm aus) Tastuntersuchung der regionären Lymphknoten Befundmitteilung mit anschließender Beratung 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Dickdarm- und Rektumuntersuchung (zur Früherkennung von Darmkrebs)	im Alter von 50 bis 54 Jahren	Frauen und Männer	jährlich	Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Beratung Guajak-Test (gFOBT) auf verborgenes Blut im Stuhl 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Darmspiegelung (zur Früherkennung von Darmkrebs)	ab 55 Jahren	Frauen und Männer	zwei Untersuchungen im Abstand von zehn Jahren	Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> gezielte Beratung zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren oder: Guajak-Test (gFOBT) auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Mammografie-Screening (zur Früherkennung von Brustkrebs)	im Alter von 50 bis 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre	Das Screening umfasst: <ul style="list-style-type: none"> schriftliche Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit Information (Merkblatt) mit der Einladung schriftliche Anamnese Röntgen beider Brüste (Mammografie) Doppelbefundung der Röntgenaufnahmen durch zwei unabhängige Untersucher Befundmitteilung innerhalb von sieben Werktagen (Im Falle eines verdächtigen Befundes erfolgt eine Einladung zur weiteren diagnostischen Abklärung. Dies veranlasst die jeweilige Screening-Einheit.) 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Check-up	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre	<p>Der „Check-up“ dient der Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen. Er umfasst folgende Leistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese (z. B. Fragen nach Beschwerden), insbesondere die Erfassung des Risikoprofils (z. B. Rauchen, Übergewicht) 2. Körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) einschließlich Messung des Blutdrucks 3. Laboruntersuchungen <ol style="list-style-type: none"> a) aus dem Blut: <ul style="list-style-type: none"> - Gesamtcholesterin - Glukose b) aus dem Urin: <ul style="list-style-type: none"> - Eiweiß - Glukose - rote und weiße Blutkörperchen - Nitrit 4. Beratung über das Ergebnis <p>Das Hautkrebs-Screening soll nach Möglichkeit in Verbindung mit dem „Check-up“ durchgeführt werden.</p>	Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien Internet: www.g-ba.de

Zahnvorsorgeuntersuchungen

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • bis sechs Jahre • sechs bis 18 Jahre 	Mädchen und Jungen	<ul style="list-style-type: none"> • dreimal bis sechs Jahre • einmal je Kalenderhalbjahr ab sechs Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzung des Kariesrisikos • Mundhygiene-Beratung • Inspektion der Mundhöhle • Motivation zur Prophylaxe <p>Gegebenenfalls</p> <ul style="list-style-type: none"> • lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung • Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne 	Kinder-Richtlinien, zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinie und Individualprophylaxe-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Zahnvorsorgeuntersuchungen	ab dem Alter von 18	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr	<ul style="list-style-type: none"> • Eingehende Untersuchung • Untersuchung im Rahmen des Bonushefts <p>Bei Erwachsenen wird für zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr keine Praxisgebühr erhoben. Dies gilt auch dann, wenn in derselben Sitzung eine Zahnsteinentfernung, Röntgenuntersuchung oder Sensibilitätsprüfung durchgeführt wurde. Auch die Erhebung des Parodontalstatus (sog. PSI-Index) bleibt frei von der Praxisgebühr.</p>	§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V Internet: www.kzbbv.de

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf der Grundlage der Empfehlungen der ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut bestimmt der G-BA die Einzelheiten zu den Leistungen der Krankenkassen. Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen weitere Impfungen für ihre Versicherten übernehmen, insbesondere Impfungen für private Auslandsreisen.

Leistung	Beschreibung	Impfung	Weitere Informationen
Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche	Impfungen, die von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit sind. Die einzelnen Impfungen sind empfohlenen Impfterminen zugeordnet.	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Tetanus • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Hepatitis B • Masern, Mumps, Röteln (MMR) • Varizellen • Pneumokokken-Infektion • Meningokokken-Infektion • HPV (Humanes Papillom-Virus; für junge Frauen) 	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKO-Empfehlungen Internet: www.rki.de
Auffrischimpfungen für Kinder und Jugendliche		<ul style="list-style-type: none"> • 2 x Diphtherie • 2 x Tetanus • 2 x Pertussis (Keuchhusten) • 1 x Poliomyelitis (Kinderlähmung) 	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKO-Empfehlungen Internet: www.rki.de
Standard- bzw. Auffrischimpfungen für Erwachsene	Impfungen, die Erwachsene erhalten bzw. regelmäßig aufgefrischt werden sollen.	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus (alle 10 Jahre empfohlen, die nächste fällige Impfung als Kombinationsimpfung mit Pertussis) • Masern (ungeimpfte bzw. nur einmal geimpfte nach 1970 geborene Personen) <p>Ab 60 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influenza • Pneumokokken-Infektion <p>Weitere Impfungen für ungeimpfte Erwachsene in Absprache mit dem behandelnden Arzt.</p>	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKO-Empfehlungen Internet: www.rki.de
Indikationsimpfungen	Impfungen für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter.	<ul style="list-style-type: none"> • FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) • Haemophilus influenza Typ B (Hib)-Infektion • Hepatitis A und B • Influenza • Masern • Meningokokken-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Pneumokokken-Infektion • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Röteln • Varizellen 	Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1 STIKO-Empfehlungen Internet: www.rki.de

Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchung

Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehören die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dabei soll die Schwangere untersucht und beraten werden. Zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Krankenkassen wirken zusammen.

Anmerkungen

Zu den Vorsorgeleistungen gehören u. a.:

- Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften
- Ultraschalldiagnostik
- Untersuchung auf HIV
- weitere serologische Untersuchungen auf Infektionen
- Untersuchung und Beratung der Wöchnerin

Weitere Informationen

Mutterschaftsrichtlinie
Internet: www.g-ba.de

Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr


Die genitale Chlamydia trachomatis-Infektion ist weltweit die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung und birgt ein Risiko für ungewollte Sterilität, Schwangerschaftskomplikationen und Infektionen der Neugeborenen. Daher wird allen Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr, die sexuell aktiv sind, einmal jährlich eine Untersuchung auf Chlamydien angeboten.

Mutterschaftsrichtlinie
Internet: www.g-ba.de

Kinder- und Jugenduntersuchungen

Kinder- und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder beim Kinderarzt ein Untersuchungsheft für Kinder, in dem genau aufgelistet wird, wann welche Untersuchung ansteht.

Untersuchung	Alter	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
U-Untersuchungen (Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern)	von der Geburt bis zum Alter von sechs Jahren	zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren beginnend unmittelbar nach der Geburt (U1 bis U9)	Es wird die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes geprüft, u. a. <ul style="list-style-type: none"> • Störungen in der Neugeborenenperiode • Angeborene Stoffwechselstörungen (erweitertes Neugeborenen-Screening) • Entwicklungs- und Verhaltensstörungen • Erkrankungen der Sinnes-, Atmungs- und Verdauungsorgane • Sprach- oder Sprechstörungen • Zähne, Kiefer, Mund • Skelett und Muskulatur 	Kinder-Richtlinien Internet: www.g-ba.de
J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung)	regulär zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr (± ein Jahr)	eine Untersuchung	Anamnese u. a. auf: <ul style="list-style-type: none"> • auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen • Schulleistungsprobleme • gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) Klinisch-körperliche Untersuchungen, u. a.: <ul style="list-style-type: none"> • Erhebung der Körpermaße • Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung • Erkrankungen der Hals-, Brust- und Bauchorgane Erhebung des Impfstatus	Jugendgesundheitsuntersuchung Internet: www.g-ba.de



Ich benötige medizinische Versorgung

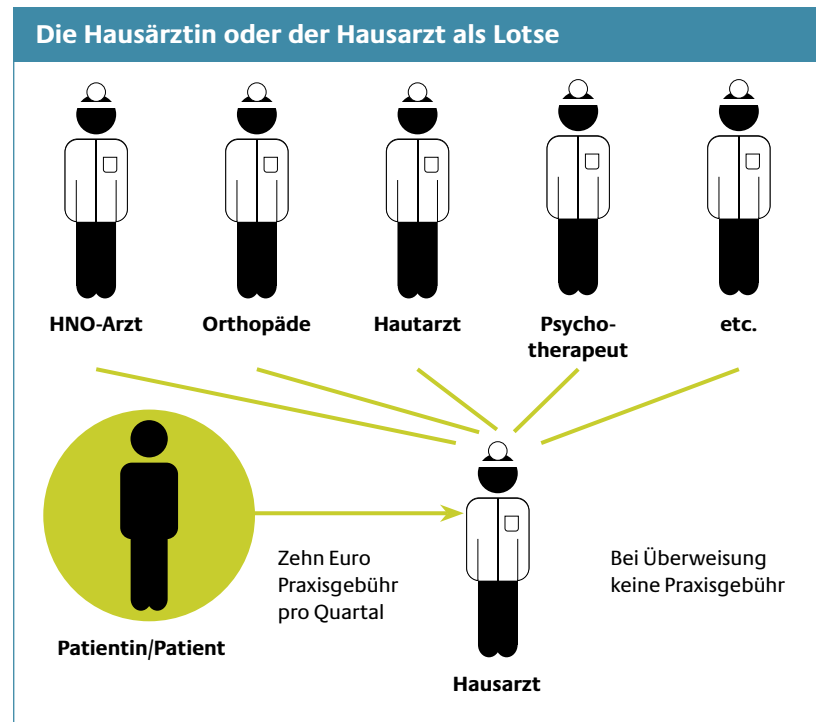
Die Hausärztin oder der Hausarzt als Lotse

Zu wem kann ich gehen, wenn ich krank bin?

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen sowie Patienten und Ärztinnen sowie Ärzten ist der Kern unseres freiheitlichen Gesundheitswesens.

Wenn Sie als gesetzlich Versicherte oder Versicherter ärztliche Hilfe benötigen, können Sie grundsätzlich jede Ärztin bzw. jeden Arzt Ihres Vertrauens aufsuchen, die oder der für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen ist. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen als Ihre Partner eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie sollten für Sie die erste Anlaufstation sein. Die Hausärztinnen und Hausärzte koordinieren die gesamte Behandlung.

Da die Hausärztin bzw. der Hausarzt in der Regel mit Ihrer Krankheitsgeschichte und Ihren Lebensumständen besonders vertraut ist, kann sie bzw. er diese Funktion am besten ausfüllen, mit Ihnen die nächsten Behandlungsschritte absprechen und Sie bei Therapieentscheidungen sowie bei der Auswahl von Kliniken sowie Fachärztinnen und -ärzten beraten.



Hausarztzentrierte Versorgung

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Hierzu schließen die Kassen zum Beispiel mit den Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Wenn Sie als Patientin oder Patient freiwillig daran teilnehmen wollen, verpflichten Sie sich gegenüber Ihrer Krankenkasse, ausschließlich eine bestimmte Hausärztin oder einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen und immer zunächst dorthin zu gehen. Für die hausarztzentrierte Versorgung müssen die Krankenkassen ihren Versicherten einen speziellen Hausarzttarif anbieten. Das bedeutet: Wer sich immer zuerst von seiner Hausärztin oder seinem Hausarzt behandeln lässt, kann von seiner Krankenkasse Vergünstigungen bekommen.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Kann ich mich auch im Krankenhaus ambulant behandeln lassen?

In bestimmten Fällen können Sie sich auch in Krankenhäusern ambulant behandeln lassen. Krankenhäuser, die besondere Qualitätsanforderungen erfüllen, können zur ambulanten Behandlung für seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen wie zum Beispiel Krebs, HIV/AIDS oder Mukoviszidose zugelassen werden. Auch die ambulante ärztliche Behandlung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen kann von Krankenhäusern übernommen werden. Außerdem können Krankenhäuser im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung in bestimmten Fällen zur ambulanten Behandlung berechtigt sein. Schließlich werden Krankenhäuser auch in die ambulante ärztliche Versorgung eingebunden, wenn dies zur Deckung einer Unterversorgung erforderlich ist.

Alle für die ambulante Behandlung zugelassenen und ermächtigten Krankenhäuser dürfen Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Die ausgewählten Kliniken stehen mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung.

Medizinische Versorgungszentren

Wo finde ich ambulante Versorgung unter einem Dach?

In medizinischen Versorgungszentren (MVZ) finden Sie Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie andere Heilberufler unter einem Dach, die bei der Behandlung eng zusammenarbeiten und sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie verständigen. Durch diese strukturierte und koordinierte Behandlung können Arzneimittel besser aufeinander abgestimmt und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Zwar nicht unter einem Dach, aber auch gut aufeinander abgestimmt sind sogenannte Praxisnetze. Das sind vertraglich vereinbarte Kooperationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, an denen sich auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe beteiligen dürfen. Ihre Zusammenarbeit dient unter anderem der Erfüllung bestimmter Versorgungsaufträge, der Qualitätssicherung oder der Teilnahme an der Integrierten Versorgung.

Integrierte Versorgung

Was bietet mir die Integrierte Versorgung?

Bei der Integrierten Versorgung werden Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend beziehungsweise interdisziplinär-fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie Angehörige anderer Heilberufe können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch.

Die Patientinnen und Patienten müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie nicht selbst recherchieren und organisieren, nur weil sie keine Ansprechpartnerin bzw. keinen Ansprechpartner dafür finden. Für die Teilnahme an einer Integrierten Versorgungsform können die Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus gewähren. Zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtsituation von älteren und gebrechlichen Patientinnen und Patienten ist auch die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung eingebunden.

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme)

Wie erhalten chronisch Kranke eine bestmögliche Versorgung?

Für bestimmte chronische Krankheiten – wie für Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder COPD – bieten die Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme an, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP). An diesen Programmen können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen. Zur optimalen Versorgung arbeiten in diesen Programmen Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie Heilberufler koordiniert zusammen und behandeln die Patientinnen und Patienten nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und mit Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit überprüft sind. Die Patientinnen und Patienten werden – z. B. im Rahmen von Schulungen – regelmäßig über Diagnosen und therapeutische Schritte informiert und von Anfang an in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen. Gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt vereinbaren sie einen auf sie zugeschnittenen Therapieplan, individuelle Therapieziele sowie regelmäßige Folgetermine. Die Krankenkassen müssen für Versicherte, die sich in ein solches strukturiertes Behandlungsprogramm freiwillig einschreiben und sich aktiv daran beteiligen möchten, einen entsprechenden Wahltarif anbieten.

Die qualitätsorientierte Versorgung

Woher weiß ich, ob meine Ärztin bzw. mein Arzt oder das Krankenhaus gute Arbeit leisten?

Sie können in der Regel nur schwer beurteilen, auf welchem qualitativen Niveau Ihre Ärztin, Ihr Arzt oder das Krankenhaus beziehungsweise die Reha-Einrichtung, in der Sie behandelt werden, arbeiten.

Sie haben aber die Möglichkeit, sich über die Qualitätsstandards in den verschiedenen Versorgungsbereichen zu informieren.

In allen Arztpraxen gibt es ein internes Qualitätsmanagement. Das bedeutet, dass jede Ärztin und jeder Arzt die Praxisabläufe nach bestimmten Qualitätsvorgaben überprüfen und verbessern muss. Außerdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nicht nur kontinuierlich die Qualität in den Arztpraxen zu kontrollieren und zu verbessern, sondern über diese Maßnahmen auch regelmäßig zu berichten.

Darüber hinaus gilt: Ärztinnen und Ärzte müssen sich regelmäßig fortbilden, damit sie ihre Patientinnen und Patienten stets auf der Höhe des medizinischen Fortschritts behandeln können. Diese Fortbildungen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. So werden zum Beispiel produktbezogene, von der pharmazeutischen Industrie angebotene Veranstaltungen nicht als Fortbildung anerkannt. Ärztinnen und Ärzte, die sich nur unzureichend oder gar nicht fortbilden, müssen mit Vergütungsabschlägen oder sogar mit dem Entzug der Zulassung rechnen.

Transparenz beim Bemühen um Qualität gilt auch im Krankenhaus. Alle deutschen Krankenhäuser sind ebenso wie die Praxen verpflichtet, über ein internes Qualitätsmanagementsystem ihre Qualität regelmäßig zu überprüfen und Verbesserungen vorzunehmen. Außerdem müssen sie im Abstand von zwei Jahren sogenannte Qualitätsberichte veröffentlichen. Die Berichte geben Ihnen Auskunft über die Fachrichtungen einer Klinik (zum Beispiel Kardiologie oder Urologie), über die

Bettenzahl und die Zahl der jährlich behandelten Patientinnen und Patienten. Vor allen Dingen aber enthalten die Qualitätsberichte eine Aufstellung der 30 häufigsten Operationen, die die chirurgischen Abteilungen im Erhebungszeitraum durchgeführt haben. Auf diese Weise erhalten Sie einen Überblick darüber, welche Erfahrungen die Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Operationen haben.

Die Anforderungen an die Berichte werden regelmäßig vom Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeitet und verbessert. Sie finden die Qualitätsberichte im Internet unter <http://profi-gba.gkvnet.de>. Hier können Sie ebenfalls eine geeignete Klinik nach Postleitzahlgebiet oder nach Krankheitsbild suchen.

Auf Qualität und Transparenz können Sie auch im Bereich der Anschlussheilbehandlung setzen. Denn alle stationären Reha-Einrichtungen müssen sich regelmäßig einer unabhängigen Qualitätsprüfung unterziehen. Damit wird eine hohe Qualität der Rehabilitation auf allen Ebenen gewährleistet. Sie als Patientin oder Patient können besser vergleichen und haben die Gewissheit, dass „Ihre“ Reha-Klinik patientenorientiert und auf dem Stand aktueller medizinischer Erkenntnisse arbeitet.

Häusliche Krankenpflege

Wann steht mir häusliche Krankenpflege zu?

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt geboten, aber aus bestimmten Gründen nicht ausführbar ist, übernimmt die Krankenkasse für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen die Kosten je Krankheitsfall, in begründeten Ausnahmefällen auch länger (Krankenhausvermeidungspflege). Häusliche Krankenpflege kann außerdem so lange verordnet werden, wie die ambulante ärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der Behand-

lungspflege durchgeführt werden kann (Sicherungspflege). Voraussetzung ist: In Ihrem Haushalt leben keine Personen, die Sie in dem erforderlichen Umfang pflegen können. Ansonsten sind Pflegeleistungen Aufgabe der Pflegeversicherung.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht im Haushalt der Versicherten und an anderen geeigneten Orten wie zum Beispiel Schulen, Kindergärten, Wohngemeinschaften, betreuten Wohneinrichtungen oder Arbeitsstätten, unter bestimmten Voraussetzungen auch in Werkstätten für behinderte Menschen. Einen Anspruch haben auch Wohnungslose (beispielsweise in Obdachlosenheimen, Männerwohnheimen oder Frauenhäusern).

Die häusliche Krankenpflege umfasst im Falle der Krankenhausvermeidungspflege die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang. Außerdem erhalten Sie Behandlungspflege, wenn dies im Rahmen der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Bei der Sicherungspflege erhalten Sie nur Behandlungspflege, es sei denn Ihre Krankenkasse hat weitergehende Satzungsleistungen beschlossen. Ob die Grundpflege wie die Hilfe bei der Körperpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung mit übernommen werden, erfahren Sie von Ihrer Krankenkasse. Für die häusliche Krankenpflege zahlen Sie zehn Euro je Verordnung und zehn Prozent der Kosten für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr dazu. Die jeweiligen Beträge werden Ihnen von der Krankenkasse in Rechnung gestellt.

Palliativversorgung

Welche Betreuungsangebote gibt es für Sterbenskranke?

Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diese beinhaltet, dass die Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen sowohl medizinisch als auch pflegerisch betreut werden. Damit kann ihnen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglicht werden. Der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung zu bleiben.

Kinderhospize

Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Stärker noch als in Hospizeinrichtungen für Erwachsene werden bei den Kinderhospizen auch die Angehörigen in den Blick genommen. Die Hospizbewegung zeigt eindrucksvoll, was mitmenschliches Engagement leisten kann. Sie ist besonders in solchen Ausnahmesituationen unverzichtbar, wenn Kinder ohne Aussicht auf Heilung erkrankt sind. Die Eltern der Kinder sind in einer Weise gefordert, die eine Außenstehende oder ein Außenstehender kaum nachvollziehen kann. Familien brauchen deshalb nicht nur eine gute medizinische Versorgung für ihr Kind, sondern Zuwendung und eine liebevolle Umgebung.

Haushaltshilfe

In welchen Fällen habe ich Anspruch auf eine Haushaltshilfe?

Ihre gesetzliche Krankenkasse zahlt Ihnen in der Regel eine Haushaltshilfe unter zwei Voraussetzungen:

- Ihnen ist wegen einer Krankenhausbehandlung oder bestimmter anderer Leistungen wie ambulanter oder stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich.
- In Ihrem Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer Kasse, ob sie auch zahlt, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Die Krankenkassen haben nämlich die Möglichkeit, in ihren Satzungen weitergehende Leistungen der Haushaltshilfe vorzusehen. Zehn Prozent der täglichen Kosten für die Haushaltshilfe zahlen Sie selbst, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Bei Haushaltshilfen im Rahmen von Schwangerschaften und Entbindungen entfallen die Zuzahlungen.

Soziotherapie

Was versteht man unter einer Soziotherapie?

Die ambulante Soziotherapie bietet schwer psychisch kranken Menschen eine spezielle Hilfe. Sie bekommen einen individuellen Behandlungs- und/oder Rehabilitationsplan und werden dabei unterstützt, die dort aufgestellten notwendigen Hilfen in ihrem privaten Lebensumfeld wahrzunehmen. Dies kann unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden. Über die individuelle therapeutische Hilfe hinaus verbessert die Soziotherapie den Informationsfluss im Hilfesystem. Dies führt zu einer besseren Koordination der aufeinander abgestimmten Hilfeangebote. Bei einer Soziotherapie gelten die grundsätzlichen Zuzahlungsregelungen, das heißt, es sind zehn Prozent der täglichen Kosten, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro zu zahlen.

Damit die Versicherten nicht durch die Mindestzuzahlungen von fünf Euro über Gebühr belastet werden, können an mehreren Tagen anfallende Teileinheiten (beispielsweise bei einer Gruppentherapie) zu einer Soziotherapie-Einheit (60 Minuten) aufsummiert und die Zuzahlungen hierauf berechnet werden. Eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer gibt es nicht. Diese ergibt sich jedoch automatisch aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Höchstbezugsdauer von 120 Stunden in drei Jahren.

Psychotherapeutische Behandlung

Welche psychotherapeutischen Leistungen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen?

Sie können ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes oder Genehmigung Ihrer Krankenkasse zugelassene ärztliche oder nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Anspruch nehmen. Dabei stehen Ihnen neben den psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung, die Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr behandeln dürfen. Die ersten fünf (sogenannten probatorischen) Sitzungen bedürfen nicht der Genehmigung durch die Krankenkassen. Darüber hinausgehende Psychotherapie-Sitzungen müssen von Ihrer Krankenkasse genehmigt werden.

Wie beim Arztbesuch wird auch beim ersten Besuch einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten pro Quartal eine Praxisgebühr von zehn Euro fällig, sofern keine Überweisung vorliegt.

Schwangerschaft/Mutterschaft

Welche Leistungen übernehmen die Kassen bei Schwangerschaft und Mutterschaft?

Die Schwangerschaft und die Mutterschaft genießen einen besonderen Schutz. Zu den in der Regel zuzahlungsfreien Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gehören daher:

- ärztliche Betreuung einschließlich der Schwangerenvorsorge
- Leistungen im Zusammenhang mit der Entbindung (stationäre Entbindung im Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung mit Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung)
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
- Hebammenhilfe
- Häusliche Pflege und Haushaltshilfe, die wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich sind, soweit keine im Haushalt lebende Person diese Aufgaben erfüllen kann.
- Mutterschaftsgeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wird regelmäßig für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt gezahlt – bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem durchschnittlichen Entgelt der letzten drei Monate bzw. der letzten 13 Wochen vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist.

Die Krankenkasse zahlt maximal 13 Euro am Tag, der Arbeitgeber zahlt für die Zeit der Schutzfrist den Betrag der Differenz zum durchschnittlichen Nettolohn. Schwangere Frauen, die sich gegen eine Entbindung im Krankenhaus entscheiden und ihr Kind in einem Geburtshaus zur Welt bringen möchten, werden in ihrer Wahl unterstützt. Denn die Krankenkassen sind verpflichtet, bei ambulanten Geburten im Geburtshaus einen Betriebskostenzuschuss zu leisten, der die Frauen finanziell entlastet.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

Wenn mein Kind krank ist und ich es pflegen muss, wie lange bekomme ich dann Krankengeld?

Sie bekommen für jedes gesetzlich versicherte Kind bis zu zehn Tage Krankengeld im Jahr, wenn

- Ihr Kind unter zwölf Jahre alt ist und nach ärztlichem Attest gepflegt werden muss, Sie als erwerbstätiger Elternteil Ihr Kind pflegen müssen und daher nicht Ihrer Arbeit nachgehen können,
- keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung und Pflege übernehmen kann.

Bei behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindern, die gesetzlich versichert sind, besteht ohne Altersbegrenzung der Anspruch der versicherten Eltern auf Krankengeld. Eltern schwerstkranker Kinder, die eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten haben, haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld.

Dauer der Zahlungen von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes pro Kalenderjahr

Gesetzlich versicherte Kinder unter 12 Jahren	Erwerbstätiger Elternteil	Alleinerziehende
ein Kind	max. 10 Arbeitstage	max. 20 Arbeitstage
zwei Kinder	max. 20 Arbeitstage	max. 40 Arbeitstage
drei und mehr Kinder	max. 25 Arbeitstage	max. 50 Arbeitstage

Krankengeld

Wenn ich krank bin, bekomme ich dann weiter meinen Lohn?

Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie vom Arbeitgeber in der Regel sechs Wochen lang weiterhin Ihren Lohn oder Ihr Gehalt. Anschließend zahlt Ihnen die Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld ist einschließlich Lohn- oder Gehaltsfortzahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beschränkt.

Zahnärztin/Zahnarzt

Welche Leistungen bietet mir mein Zahnarzt?

Die zahnmedizinischen Leistungen umfassen die Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Vorsorge, Zahnersatz sowie kieferorthopädische Leistungen. Gesetzlich Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen generell für den ersten Zahnarztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von zehn Euro. Für zwei jährliche Kontrolluntersuchungen entfällt die Praxisgebühr. Kinder und Jugendliche sind ohnehin davon befreit.

Zahnärztliche Leistungen:

- **Jährliche Kontrolluntersuchung:** Hier belohnt Sie Ihre gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Bonusregelung mit Bonuspunkten für vorsorgliches Verhalten, indem sie einen höheren Festzuschuss beim Zahnersatz gewährt.
- **Zahnärztliche Behandlung:** Hier handelt es sich im Wesentlichen um Maßnahmen wie z. B. Zahnfüllungen und Wurzelkanalbehandlungen. Sie sind grundsätzlich zuzahlungsfrei.
- **Kieferorthopädische Behandlungen** von Kiefer- oder Zahnfehlstellungen mit z. B. Zahnspangen werden bei medizinisch begründeten Indikationen bis zum 18. Lebensjahr übernommen.
- **Zahnersatz:** Der Zahnersatz umfasst Kronen, Brücken und Prothesen. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen befundbezogenen Festzuschuss. Dieser orientiert sich am zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung, der sogenannten Regelversorgung. Sofern Sie entsprechende Punkte in Ihrem Bonusheft gesammelt haben, kann der Festzuschuss bis zu 65 Prozent der Kosten der Regelver-

sorgung betragen. Den Rest müssen Sie selbst zuzahlen. Auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen Sie selbst auf.

Zahnersatz

Welche Leistungen übernimmt die Krankenkasse, wenn ich Zahnersatz brauche?

Die Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten des Zahnersatzes in Höhe der sogenannten befundbezogenen Festzuschüsse. Das bedeutet: Maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist nicht die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige, die in der Mehrzahl der Fälle bei einem Befund angewandt wird. Sie können sich also für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt Ihr Einkommen unter einer bestimmten Einkommensgrenze (monatliche Einkommensgrenze für Alleinstehende 2011: 1.022 Euro), erhalten Sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen.

Für alle anderen gilt eine gleitende Härtefallregelung: Die maximale Zuzahlung ist auf das Dreifache des Betrages begrenzt, um den das Bruttoeinkommen die zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze überschreitet. Versicherte, deren Einkommen nahe an den Befreiungsgrenzen liegt, sollten sich daher von ihrer Krankenkasse hinsichtlich ihres tatsächlichen Anspruchs auf die gleitende Härtefallregelung beraten lassen.



Ich brauche
therapeutische
Unterstützung

Arznei-, Hilfs- und Heilmittel

Was bringt mich wieder auf die Beine?

Damit unsere Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder gar verhindert werden können, bedarf es umfassender Hilfe. Die Ärztin oder der Arzt legt die Therapie fest, die anderen Partner im Gesundheitswesen sorgen für die notwendige therapeutische Unterstützung. Verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Arzneimittel können dabei eine zentrale Rolle spielen. Hilfsmittel wie Rollstühle, Körperprothesen oder Gehhilfen gleichen unsere vorhandenen körperlichen Beeinträchtigungen weitgehend aus. Heilmittel wie Massagen, Bäder und Krankengymnastik bringen uns wieder auf die Beine. Es gibt aber auch andere wichtige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die jeder und jedem Einzelnen eine große Hilfe bei der individuellen Lebensplanung und -gestaltung sein können, beispielsweise künstliche Befruchtung oder Empfängnisverhütung.

Arzneimittel

Welche Art von Arzneimitteln bekomme ich wo?

Verschreibungspflichtig sind Arzneimittel, die die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gefährden können, wenn sie ohne ärztliche Verschreibung angewendet werden. Solche Arzneimittel sind gleichzeitig auch immer apothekenpflichtig. Zu ihnen zählen so wichtige Arzneimittel wie Antibiotika, Antidiabetika oder Antiasthmatica.

Nicht verschreibungspflichtig sind Arzneimittel, die aufgrund eines vertretbaren oder bekannten Ausmaßes an möglichen Nebenwirkungen auch ohne ärztliche Überwachung angewendet werden dürfen. Die meisten dieser Arzneimittel sind apothekenpflichtig. Zu ihnen zählt unter anderem der überwiegende Teil an Erkältungs- oder Kopfschmerzmitteln.

Freiverkäuflich sind Arzneimittel, die ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bestimmt sind. Diese Präparate können in Apotheken oder auch in Drogerie- oder Supermärkten erworben werden. Dazu zählen Tees, Vitaminpräparate oder leichte Erkältungsmittel.

Tipps für den Gang in die Apotheke

Woran erkenne ich eine gute Apotheke?

In guten Apotheken wird Beratung großgeschrieben. Das bedeutet, dass Sie beispielsweise darüber informiert werden, welche rezeptfreien Arzneimittel empfehlenswert sind, wie ein Arzneimittel eingenommen werden muss und welche Medikamente zueinander passen. Ebenso sollten Sie auf preisgünstigere, wirkstoffgleiche Arzneimittel aufmerksam gemacht werden.

Bei Arzneimitteln: nachfragen und Preise vergleichen

Beim Kauf eines Arzneimittels lohnt es sich, die Augen offen zu halten. Wenn Sie

- ein rezeptfreies Arzneimittel wie Kopfschmerztabletten kaufen wollen, lohnt sich ein Vergleich. Jede Apothekerin und jeder Apotheker kann hier den Preis selbst festlegen. Schauen Sie, welche Apotheke in Ihrer Umgebung das Arzneimittel am günstigsten anbietet. Prüfen Sie dabei auch die Angebote des Arzneimittelversandhandels. Oft wird ein bestimmter Wirkstoff von mehreren Herstellern angeboten. Hier lohnt zudem die Frage nach einem preisgünstigen Präparat.

- ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel benötigen und der Arzt nicht ein ganz bestimmtes verordnet, fragen Sie in der Apotheke nach einem günstigen, wirkstoffgleichen Arzneimittel. Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet, Ihnen wirkstoffgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel – sogenannte Generika – auszuhändigen, wenn die Ärztin oder der Arzt statt eines speziellen Arzneimittels nur einen Wirkstoff verschrieben hat. Das Gleiche gilt, wenn die Ärztin oder der Arzt nicht ausdrücklich ausschließt, das verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen. Durch diese sogenannte Aut-idem-Regelung erhalten Sie ein qualitativ gleichwertiges Arzneimittel, müssen aber weniger zahlen, da sich die Zuzahlung nach dem Preis des Arzneimittels richtet. Und: Die Apothekerin oder der Apotheker hat keinen wirtschaftlichen Nachteil, wenn sie oder er Ihnen ein preiswerteres Arzneimittel abgibt. Die Apotheken erhalten stets das gleiche Abgabehonorar von 8,10 Euro pro abgegebenem verschreibungspflichtigem Arzneimittel.

Was sind Generika?

Pharmazeutische Unternehmen lassen sich neu entwickelte Arzneiwirkstoffe patentieren. Der Patentschutz gibt ihnen das alleinige Recht, den Wirkstoff herzustellen und zu vermarkten. Läuft der Patentschutz aus, können auch andere Unternehmen diesen Wirkstoff produzieren und unter einem anderen Namen verkaufen. Solch ein Präparat wird als Nachahmerprodukt oder Generikum (Mehrzahl: Generika) bezeichnet. Generika sind in der Regel preiswerter als die Originalpräparate, weil der Hersteller keine eigene Forschung betreiben muss, sondern vom abgelaufenen Patentschutz für ein bewährtes Arzneimittel profitiert. Auch Generika werden vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien geprüft.

Was versteht man unter Festbeträgen für Arzneimittel?

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen für bestimmte Arzneimittel und Wirkstoffkombinationen festgelegte Höchstbeträge, unabhängig davon, wie teuer das Medikament tatsächlich ist. Die Festbeträge werden für einzelne Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. So hat die Ärztin beziehungsweise der Arzt, die oder der ein Medikament verschreiben will, die Wahl zwischen mehreren therapeutisch gleichwertigen Präparaten, deren Kosten die Krankenkassen übernehmen. Patentgeschützte Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung bedeuten, sind von der Festbetragsbildung ausgenommen. Liegt dagegen kein erkennbarer therapeutischer Fortschritt vor, können auch patentierte Arzneimittel in die Festbetragsregelung einbezogen werden.

Verschreibt Ihnen die Ärztin oder der Arzt ein Medikament, dessen Preis über der Festbetragsgrenze liegt, müssen Sie den Rest aus dem eigenen Geldbeutel beisteuern. Die Ärztin oder der Arzt muss Sie allerdings zuvor darüber informieren. Sie können dann mit ihr oder ihm über Verordnungsalternativen sprechen. Fast immer besteht eine ausreichende Arzneimittelauswahl zum Festbetrag. Und weil es um Ihre Gesundheit geht, fragen Sie Ihre Ärztin, Ihren Arzt, Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker: Passen die Arzneimittel zueinander? Gibt es bekannte Unverträglichkeiten? Kann das Mittel Allergien auslösen? Gibt es Anzeichen für Gegenanzeigen oder Umstände, die die Einnahme des Arzneimittels verbieten?

Rezeptpflichtige Arzneimittel

Was muss ich bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln zahlen?

Sie zahlen für jedes rezeptpflichtige Arzneimittel zehn Prozent des Verkaufspreises dazu, höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Die Zuzahlung beträgt jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Mittels. Wenn zum Beispiel eine Arznei 75 Euro kostet, liegt die Zuzahlung bei 7,50 Euro. Kostet ein Arzneimittel 200 Euro, beträgt die Zuzahlung zehn Euro. Wenn ein rezeptpflichtiges Arzneimittel 15 Euro kostet, zahlen Sie fünf Euro dazu. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 12. und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr sind von den Zuzahlungen für Arzneimittel befreit.

Für schwerwiegend chronisch Kranke wie Diabetiker gelten dieselben Zuzahlungen wie für alle anderen Versicherten auch. Aber auf ihre besondere Situation wird mit einer geringeren Belastungsgrenze Rücksicht genommen (siehe S. 124 f.). Für verordnete Verbandmittel gelten die gleichen Zuzahlungsregeln wie für rezeptpflichtige Arzneimittel. Dabei orientiert sich die Höhe der Zuzahlung an den Gesamtkosten der Verordnung je Verordnungszeile.

Rabattverträge

Wie profitiere ich von Rabattverträgen meiner Krankenkasse?

Die Krankenkassen können mit den Herstellern für alle Arzneimittel Preisnachlässe bzw. Rabatte vereinbaren. Die Rabattverträge ermöglichen es den Krankenkassen, ohne Abstriche an der therapeutischen Qualität der Arzneimittel günstigere Preise insbesondere für Generika zu erzielen. Das bedeutet: Der Arzneimittelwirkstoff bleibt derselbe, er kommt nur von einem anderen, günstigeren Hersteller.

Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet, die Versicherten vorrangig mit den Vertragspräparaten der jeweiligen Krankenkasse zu versorgen. Dies gilt nur dann nicht, wenn die Ärztin oder der Arzt „aut idem“ auf dem Rezept ausschließt, also ein ganz bestimmtes Arzneimittel verordnet. Jede Krankenkasse kann für rabattierte Arzneimittel die Zuzahlung halbieren oder aufheben.

Versicherte können aber auch ein anderes als das Rabatt-Präparat ihrer Krankenkasse wählen. Die Krankenkasse erstattet in diesem Fall die Kosten, jedoch höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Das bedeutet: Versicherte müssen etwaige Mehrkosten, die mit der Wahl eines anderen Arzneimittels anfallen, selbst tragen

Die Krankenkassen können darüber hinaus auch Arzneimittel von der Zuzahlungspflicht ausnehmen, wenn der Preis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt, den die Kassen für das Arzneimittel erstatten. Dies ist für viele Produkte der Fall.

Rezeptfreie Arzneimittel

Wie kann ich bei rezeptfreien Arzneimitteln Geld sparen?

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht festgelegt. Das bedeutet: Jede Apothekerin bzw. jeder Apotheker entscheidet selbst, wie preiswert sie oder er die Produkte anbietet. Der Wettbewerb um Kundinnen und Kunden ist nicht nur ein Wettbewerb um die beste Beratungsqualität, sondern auch um den günstigsten Preis. Oft wird ein bestimmter Wirkstoff wie der eines Kopfschmerzmittels von mehreren Herstellern angeboten. Hier lohnt die Frage nach einem preisgünstigen Präparat.

Wem zahlen die gesetzlichen Kassen rezeptfreie Arzneimittel?

Rezeptfreie Arzneimittel werden grundsätzlich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Ausgenommen sind jedoch Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, denen rezeptfreie Arzneimittel ärztlich verordnet werden. Traditionell angewendete milde Arzneimittel ohne Indikationsbezug werden wegen Unwirtschaftlichkeit nur in begründeten Ausnahmefällen erstattet. Auch schwer Erkrankte bekommen unter Umständen die Kosten für rezeptfreie Arzneimittel von ihrer Krankenkasse ersetzt. Das kann der Fall sein bei Arzneimitteln, die unverzichtbare Wirkstoffe für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen wie Krebs oder Herzinfarkt enthalten. Welche Arzneimittel dazugehören, legt der G-BA fest (weitere Informationen im Internet unter www.g-ba.de).

Die Ärztin oder der Arzt kann auch dann ein rezeptfreies Arzneimittel verordnen, wenn es in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung von schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) eingesetzt wird.

Werden rezeptfreie Arzneimittel verschrieben, gelten die gleichen Zahlungsregeln wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Und falls hier die Kosten unter fünf Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt. Sonderfall Harn- und Blutteststreifen: Sie sind zwar keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel, werden aber dennoch von Ihrer Krankenkasse übernommen. Das heißt: Für Harn- und Blutteststreifen müssen Sie keine Zuzahlungen leisten.

Medikamente zur Verbesserung der privaten Lebensführung: Sie werden von der gesetzlichen Krankenversicherung generell nicht bezahlt. Dazu zählen Mittel gegen Potenzschwäche oder Impotenz, Mittel zur Raucherentwöhnung, Appetithemmer oder Haarwuchsmittel.

Versandapotheke

Kann ich mir auch Arzneimittel nach Hause schicken lassen?

Der Versandhandel und der elektronische Handel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln sind in Deutschland erlaubt, sofern die entsprechenden Apotheken dazu von der zuständigen Landesbehörde zugelassen sind und daher spezielle Sicherheitsanforderungen erfüllen. Sie können sich also Arzneimittel von diesen Apotheken nach Hause bestellen – per Post, per Telefonanruf oder auch per Internet. Falls Sie ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel bestellen wollen, müssen Sie Ihr Rezept im Original per Post zur Apotheke schicken.

Beim Versandhandel gelten hinsichtlich des Verbraucherschutzes und der Arzneimittelsicherheit die gleichen Maßstäbe wie für den Erwerb von Arzneimitteln in der bisher gewohnten Weise. Daher können Sie dem per Post zugestellten Arzneimittel genauso vertrauen wie dem, das Sie in der Apotheke überreicht bekommen.

Als Verbraucherin beziehungsweise Verbraucher haben Sie auch die Möglichkeit, sich apothekenpflichtige Arzneimittel über Versandapotheken anderer europäischer Staaten zu beschaffen. Aus dem europäischen Ausland dürfen derzeit Versandapotheken aus Island, den Niederlanden, Schweden, Tschechien, Großbritannien und Nordirland Arzneimittel nach Deutschland liefern. Sie müssen die gleichen Standards erfüllen wie deutsche Apotheken und kompetente Beratung in deutscher Sprache gewährleisten. Für die Niederlande gilt, dass Versandapotheken gleichzeitig Präsenzapotheken sein müssen, für Schweden ist nur der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen und für Tschechien ist nur der Versandhandel mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erlaubt.

Wenn Patientinnen oder Patienten Arzneimittel über das Internet bestellen, sollten sie sich vergewissern, dass sie es mit einem seriösen Anbieter zu tun haben. Dies sind im Grundsatz alle Apotheken, die ihren Sitz in

Deutschland und den im vorhergehenden Absatz genannten Staaten haben und sich mit Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse deutlich kenntlich machen.

Diese Apotheken – unabhängig davon, ob sie sich in der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes befinden – dürfen Ihnen nur solche Arzneimittel schicken, die in Deutschland zugelassen sind. Solche Medikamente können Sie unter anderem daran erkennen, dass Kennzeichnung und Packungsbeilage in deutscher Sprache abgefasst sind.

Damit Sie „per Mausclick“ feststellen können, ob eine Apotheke eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel mit Arzneimitteln in oder nach Deutschland besitzt, hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) diesen Apotheken für deren Internetauftritt ein Sicherheitslogo zur Verfügung gestellt und ein Versandapothekenregister eingerichtet.



Keinesfalls sollten Sie Ihre Arzneimittel bei Apotheken bestellen, die damit werben, dass bei ihnen rezeptpflichtige Arzneimittel auch ohne Verschreibung bestellt werden können.

Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel zahlt mir meine gesetzliche Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen kommen für Hilfsmittel auf, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen, beispielsweise wenn die Versorgung mit einem Hilfsmittel notwendig ist, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten: von Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfen über Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse grundsätzlich vorher genehmigt werden, soweit diese nicht (z. B. für bestimmte Hilfsmittel oder bis zu einer bestimmten Wertgrenze) darauf verzichtet hat. Dies gilt auch dann, wenn das Hilfsmittel von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt verordnet wurde.

Messgeräte

Messgeräte (z. B. zur Messung des Blutdrucks oder des Blutzuckers) werden von Ihrer Krankenkasse nur dann erstattet, wenn das jeweilige Gerät zur dauernden, selbstständigen Überwachung des Krankheitsverlaufs oder zur selbstständigen, sofortigen Anpassung der Medikation aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist.

Sehhilfen/Brillen

Einen Leistungsanspruch auf Brillen und Sehhilfen haben nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Wer 18 Jahre und älter ist, trägt sämtliche Kosten für Sehhilfen selbst – mit folgenden Ausnahmen:

- Therapeutische Sehhilfen, sofern sie der Behandlung von Augenverletzungen oder -erkrankungen dienen (beispielsweise beson-

dere Gläser, Speziallinsen, Okklusionsschalen). Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der G-BA festgelegt.

- Bei einer schweren Sehbeeinträchtigung, d. h., wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation gegeben ist. Ob Sie grundsätzlich einen Anspruch auf geeignete Sehhilfen – z. B. auf Lupengläser, Fernrohrbrillen oder elektronisch vergrößernde Sehhilfen wie ein sogenanntes Bildschirmlesegerät – haben, erfahren Sie von Ihrer Augenärztin oder Ihrem Augenarzt.

Wenn ein Leistungsanspruch besteht, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die erforderlichen Sehhilfen in Höhe der vertraglich vereinbarten Preise, maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge.

Wie viel muss ich bei Hilfsmitteln zuzahlen?

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Stomaversorgung, Verbrauchsmaterialien für Beatmungsgeräte und Applikationshilfen wie Sonden oder Insulinspritzen – zahlen Sie zehn Prozent der Kosten pro Packung dazu, maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln. Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von zehn Prozent des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall zahlen Sie nicht mehr als die Kosten des Mittels. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt, bildet dieser die Obergrenze für die vertraglich zu vereinbarenden Preise.

Vertrags- und Preiswettbewerb in der Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung der Versicherten erfolgt seit 1. Januar 2010 nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Vertragspartner können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln kann auch über Ausschreibungen erfolgen, soweit dies zweckmäßig ist. Hat eine Kasse zum Beispiel einen absehbaren Bedarf an Rollstühlen, um ihre Versicherten angemessen zu versorgen, kann sie die erforderliche Menge unter Vorgabe klarer Qualitätsstandards öffentlich ausschreiben. Wenn Ausschreibungen nicht durchgeführt werden, können die Krankenkassen Rahmen- oder Einzelverträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln abschließen. Die Versicherten können grundsätzlich alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Im Fall von Ausschreibungen erfolgt die Versorgung durch einen Leistungserbringer, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist (Ausschreibungsgewinner). Versicherte können ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Dadurch entstehende Mehrkosten haben sie jedoch selbst zu tragen.

Als Versicherte oder Versicherter sollten Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner erkundigen. Auf Nachfrage informieren die Krankenkassen auch über die wesentlichen Inhalte der Verträge, das heißt insbesondere über den Umfang und die Qualität der vertraglich vereinbarten Leistungen.

Heilmittel

Wann habe ich Anspruch auf Krankengymnastik oder eine Ergotherapie?

Wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben Sie Anspruch auf Heilmittel. Hierzu zählen beispielsweise Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie. Heilmittel darf Ihnen nur eine Ärztin oder ein Arzt verordnen. Und auch nur dann, wenn die Heilmittel notwendig sind, also beispielsweise wenn sie eine Krankheit heilen oder lindern helfen oder Pflegebedürftigkeit verhindern.

Eine Verordnung von Heilmitteln kann auch erforderlich sein, um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Heilmittelleistungen dürfen ausschließlich von zugelassenen Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Sprachtherapeuten erbracht werden.

Welche Heilmittel übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen?

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt kann ein Heilmittel nur dann verordnen, wenn der therapeutische Nutzen anerkannt und die Qualität bei der Leistungserbringung gewährleistet ist. Welche Heilmittel verordnungsfähig sind, ist in den Heilmittel-Richtlinien des G-BA festgelegt. Im sogenannten Heilmittelkatalog, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien ist, sind einzelnen Erkrankungsbildern Heilmittel zugeordnet, die verordnet werden können. Bei Fragen zu den Heilmittel-Richtlinien wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse, Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Vertragsgestaltung in der Heilmittelversorgung

Durch flexible vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten bei der Versorgung mit Heilmitteln können die Krankenkassen genauer auf den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten eingehen und eine hohe Qualität zu möglichst günstigen Preisen anbieten. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise.

Wie viel muss ich zuzahlen?

Die Zuzahlung bei Heilmitteln beträgt zehn Prozent der Kosten des Heilmittels zuzüglich zehn Euro je Verordnung, wobei diese mehrere Anwendungen umfassen kann.

Sofern Sie unterschiedliche Leistungserbringer (Massage, Wärmepackung etc.) für die vom Arzt verordneten Heilmittel in Anspruch nehmen, müssen Sie die Zuzahlungen von zehn Euro je Verordnung an denjenigen leisten, der die Originalverordnung erhält und abrechnet.

Beispiel

Sie erhalten die Verordnung einer Serie von sechs Massagen für je 9,31 € sowie sechs Wärmepackungen für je 6,65 €. Das ergibt bei den Zuzahlungen:

Massage: 10 Prozent von 9,31 € = $0,93 \text{ €} \times 6 = 5,58 \text{ €}$

Wärmepackung: 10 Prozent von 6,65 € = $0,67 \text{ €} \times 6 = 4,02 \text{ €}$

+ 1 Verordnung = 10,00 €

Gesamtzuzahlung = 19,60 €

Fahrkosten

Werden mir die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet?

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind. Neben Kosten für Fahrten zur stationären Behandlung können unter bestimmten Voraussetzungen auch Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernommen werden. Das betrifft beispielsweise die Fahrten zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der G-BA in Richtlinien festgelegt. Schwerbehinderte bekommen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) besitzen oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt und die Genehmigung der Krankenkasse.

Auch wenn Sie keinen Schwerbehindertenausweis mit den relevanten Merkzeichen haben, kann Ihre Krankenkasse bei Vorliegen einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen.

Wann zahlt meine Krankenkasse die Fahrkosten?

Ihre Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten bei

- Leistungen, die stationär erbracht werden,
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung,
- Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenwagen,
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

Sie müssen sich auf jeden Fall Ihre Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse vorher genehmigen lassen. Für diese genehmigten Fahrten gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen: zehn Prozent, aber höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Bei Fahrkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden.

Künstliche Befruchtung

In welchen Fällen unterstützt mich die Krankenkasse?

Frauen dürfen bei einer künstlichen Befruchtung nicht jünger als 25 Jahre und nicht älter als 40 Jahre sein. Männer dürfen das 50. Lebensjahr nicht überschritten haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, beteiligt sich die gesetzliche Krankenkasse mit 50 Prozent an den Kosten für die ersten drei Versuche der künstlichen Befruchtung. Dies gilt auch für die etwaige Arzneimittelversorgung. Generelle Voraussetzung ist, dass Sie verheiratet sind.

Die Patientenquittung

Woher weiß ich, was mein Arzt geleistet und berechnet hat?

Wenn Sie dies wünschen, erhalten Sie von der Ärztin, vom Arzt, von der Zahnärztin, vom Zahnarzt oder vom Krankenhaus eine Patientenquittung.

Auf der Patientenquittung finden Sie eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form. Damit können Sie besser nachvollziehen, welche Leistungen zu welchen Kosten Ihre Ärztin oder Ihr Arzt erbracht hat.

Lassen Sie sich von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt entweder direkt nach Ihrem Arztbesuch eine sogenannte Tagesquittung ausstellen oder am Ende des Abrechnungsquartals – gegen eine Gebühr von einem Euro – eine Quartalsquittung. Möchten Sie die Patientenquittung per Post zugeschickt bekommen, müssen Sie die Versandkosten übernehmen.

Darüber hinaus können Sie von Ihrer Krankenkasse auf Wunsch eine detaillierte Aufstellung der von Ihnen im vergangenen Jahr in Anspruch genommenen Leistungen erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Wer entscheidet, welche medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den Krankenkassen bezahlt werden?

Der Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips vom G-BA in verbindlichen Richtlinien konkretisiert. Der Gesetzgeber hat ihm die Aufgabe übertragen, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung er-

forderlichen Richtlinien zu beschließen. Damit ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet. Das heißt, der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden können. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung bindend.

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern, wobei Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen ein Antrags- und Mitberatungsrecht haben.

Der G-BA hat die Aufgabe, den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode – auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – zu prüfen. Hierbei kann er das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des aktuellen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Methoden beauftragen. Der G-BA ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf Basis der evidenzbasierten Medizin. Grundlage der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den G-BA ist seine Verfahrensordnung (abrufbar unter www.g-ba.de).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Welchen Nutzen hat das Institut für Patientinnen und Patienten?

Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte stehen Pate für das gemeinsame, staatsunabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Es fungiert als wissenschaftlicher Service des Gesundheitswesens, untersucht Arzneimittel auf ihren Nutzen und bewertet sie nach dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft. Die Bewertung eines Arzneimittels umfasst auch die Frage, ob die Kosten des Präparats in einem angemessenen Verhältnis zu seinem Nutzen stehen. Auch Therapien und Operationsverfahren werden bewertet. Dazu gehört die Beurteilung von Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien), um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung geben zu können.

Damit auch Sie die Informationen verstehen und als Grundlage für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt nutzen können, hat das IQWiG das Internetportal www.gesundheitsinformation.de eingerichtet. Hier finden Sie die Studien des Instituts allgemein verständlich aufbereitet und nach Themengebieten geordnet. Außerdem sind hier zusätzliche Informationen über medizinische Behandlungsweisen und -verfahren in verständlicher Form veröffentlicht – unabhängig von spezifischen Interessen und auf der Grundlage von entsprechend hohen wissenschaftlichen Standards. Das Institut schafft darüber hinaus mehr Klarheit bei der Frage, warum die Krankenkassen eine bestimmte medizinische Leistung bezahlen oder nicht bezahlen. Außenstehende können so leichter nachvollziehen, warum eine Therapie oder ein Arzneimittel in den Leistungskatalog aufgenommen oder warum die Aufnahme abgelehnt wurde.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Welche Vorteile bietet mir die elektronische Gesundheitskarte?

Die bisherige Krankenversichertenkarte wird zu einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erweitert. Diese ist mit einem Mikroprozessor ausgestattet und datenschutzrechtlich sicherer als ihre Vorgängerin. Die eGK enthält zur Reduzierung des Missbrauchs ein Lichtbild der bzw. des Versicherten (Ausnahmen: Kinder unter 15 Jahren sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist). Zur Basisausstattung gehören administrative Daten (Versichertenstammdaten) wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Anschrift sowie Angaben zur Krankenversicherung wie die Krankenversicherungsnummer, der Versichertenstatus (Mitglied, familienversichert oder Rentnerin bzw. Rentner) und der persönliche Zuzahlungsstatus. Die eGK kann von Beginn an mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) auf der Rückseite ausgestattet werden. Diese ermöglicht die Inanspruchnahme von Leistungen in den Mitgliedsstaaten der EU.

Die Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte konzentrieren sich zunächst auf ein modernes und sicheres Versichertendatenmanagement sowie die Bereitstellung von Notfalldaten. Darüber hinaus sollen schnellstmöglich die Grundlagen für eine sichere Kommunikation zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten geschaffen werden.

Ziel ist der Aufbau einer sicheren Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, in der es möglich ist, behandlungsrelevante Daten einer Patientin oder eines Patienten immer an dem Ort verfügbar zu haben, an dem sie oder er das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt. Weitere medizinische Anwendungen können, sofern sie ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Praxistauglichkeit in Testverfahren beweisen und den hohen Datenschutzerfordernissen genügen, zu einem späteren Zeitpunkt verwirklicht werden, ohne dass dafür ein Austausch der Karten erforderlich ist.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, bis Ende des Jahres 2011 zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszustatten. Sobald die eGK ausgehändigt ist, verliert die bisherige Versichertenkarte ihre Gültigkeit.



Ich möchte meine Rechte kennen

Patientenrechte

Wie steht es um meine Rechte als Patientin bzw. Patient?

Die Stärkung Ihrer Rechte und Einflussmöglichkeiten als Patientinnen und Patienten ist ein wichtiges Anliegen der Gesundheitspolitik. Auf institutioneller Ebene sind die maßgeblichen Patienten- und Selbsthilfeorganisationen berechtigt, Ihre Interessen in die Beratungsprozesse einzubringen. Auch der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten kümmert sich um Ihre Anliegen.

Auf individueller Ebene bestimmen Sie als Patientin bzw. Patient, wenn es um Ihre Therapie geht. Das IQWiG und die Patientenquittung sorgen darüber hinaus für mehr Transparenz.

Bessere Interessenvertretung

Wer kümmert sich generell um unsere Rechte als Patientinnen und Patienten?

Patientinnen und Patienten haben im Gesundheitssystem eine starke Vertretung. Beispielsweise nehmen Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen an den Sitzungen des G-BA teil. Er ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung und entscheidet über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier haben sachkundige Patientenvertreterinnen und -vertreter ein Mitberatungs- und Antragsrecht, zum Beispiel wenn über neue Therapien entschieden wird oder darüber, ob bestimmte Arzneimittel sinnvoll sowie notwendig sind und von der Krankenkasse bezahlt werden.

Die Patientenorganisationen werden inhaltlich und organisatorisch bei ihrer Arbeit im G-BA unterstützt. Hierzu hat der G-BA eine Stabsstelle Patientenbeteiligung eingerichtet. Darüber hinaus werden auch Fortbildungen organisiert oder kostenpflichtige Studien beschafft. Patientinnen und Patienten sitzen also mit am Tisch, wenn es um ihre Rechte und Interessen geht.

Der Patientenbeauftragte

Wer setzt sich für meine Rechte ein?

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten sorgt dafür, dass Ihre Interessen und Mitsprachemöglichkeiten eine stärkere Beachtung finden.

Der Patientenbeauftragte wird von den Bundesministerien an Gesetzes-, Verwaltungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben beteiligt, die Fragen der Rechte und des Schutzes von Patientinnen und Patienten behandeln und berühren. Er fördert die Weiterentwicklung ihrer Rechte auf unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen. Er setzt sich außerdem für mehr Beteiligungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ein.

Wenn Sie Fragen oder Beschwerden haben, können Sie sich direkt an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung wenden. Weitere Informationen unter www.bmg.bund.de oder www.patientenbeauftragter.de

Unabhängige Patientenberatung

Seit dem 1. Januar 2011 gehört eine unabhängige Patientenberatung in Deutschland zu Regelversorgung. Kostenlos und anonym können sich Bürgerinnen und Bürger telefonisch, im Internet oder persönlich in bisher 21 Beratungsstellen bundesweit informieren. Zu den beratenden Experten gehören Mediziner und Medizinerinnen sowie Juristen und Juristinnen. Die „UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ ist ein gemeinnütziger Verbund unabhängiger Beratungsstellen. Im Internet: www.unabhaengige-patientenberatung.de.

Rechtliche Möglichkeiten

Was soll ich tun, wenn ich mit meiner Behandlung unzufrieden bin?

Ein Behandlungserfolg kann trotz bester Therapie nicht garantiert werden. Als Patientin oder Patient haben Sie aber Anspruch auf eine angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit Ihnen abzustimmen. Bei Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Prävention sind Ihre Würde und Integrität als Patientin oder Patient zu achten, Ihr Selbstbestimmungsrecht und Ihr Recht auf Privatsphäre zu respektieren.

Sollte es trotz des anerkannt hohen Niveaus der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu einem Schadensfall kommen, der auf einen verschuldeten ärztlichen Behandlungsfehler zurückzuführen ist oder bei dem unzureichende Informations- oder Organisationsabläufe vorliegen, stehen Ihnen Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zu. Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (zum Beispiel Röntgengeräte) verursacht wurden, können Sie auch Ansprüche gegen das Pharmaunternehmen oder den Hersteller geltend machen.

War ein Gespräch mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt nicht zielführend, können Sie sich mit Beschwerden und Beratungsanliegen an die Krankenkassen oder an unabhängige Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, an Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen wenden.

Außerdem haben Ärzte- und Zahnärztekammern Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die die außergerichtliche Beilegung von Streitfällen erleichtern sollen. Ihre Einschaltung ist frei-

willig, und ihre Stellungnahme ist für die Beteiligten und ein eventuell anschließendes gerichtliches Verfahren nicht bindend. Auch viele Krankenhäuser verfügen über entsprechende Beschwerdestellen. Es kann aber durchaus sinnvoll sein, sich von vorneherein von einer spezialisierten Rechtsanwältin oder einem spezialisierten Rechtsanwalt beraten zu lassen. Allerdings ist diese Beratung kostenpflichtig.

Bei Rechtsstreitigkeiten muss grundsätzlich die Patientin oder der Patient beweisen, dass der Gesundheitsschaden auf die fehlerhafte Behandlung der Ärztin oder des Arztes zurückzuführen ist. Das Gericht unterstützt jedoch die Aufklärung des Sachverhalts und geht den Vorwürfen eines Behandlungsfehlers nach. Auch hat die Rechtsprechung Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr zugunsten der Patientin oder des Patienten geschaffen: Wenn es beispielsweise Mängel bei der Dokumentation einer Behandlung gibt, geht das Gericht davon aus, dass eine dokumentationspflichtige, aber nicht dokumentierte Maßnahme tatsächlich nicht erfolgt ist. Es liegt dann bei der Ärztin oder dem Arzt, diese Vermutung zu entkräften.

Datenschutz

Alle Informationen über Ihre Gesundheit unterliegen strengen Datenschutzbestimmungen. Die Befunde und Berichte sind Eigentum der Ärztin, des Arztes oder des Krankenhauses. Als Patientin oder Patient haben Sie jedoch ein Recht auf Einsicht und können Ihre Krankenakten auf eigene Kosten kopieren.

Jede Behandlung erfordert Ihre Mitwirkung. Sie haben das Recht, nicht notwendige oder sinnlose Behandlungen abzulehnen. Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser sind verpflichtet, Sie nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln.

Patientenverfügung

Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, auch wenn ich nicht mehr entscheidungsfähig bin?

Voraussetzung für Ihre Behandlung, Ihre Therapie oder einen operativen Eingriff ist Ihre Zustimmung, die Sie bei vollem Bewusstsein und auf Grundlage umfassender Information und Aufklärung geben. Wenn Sie als Patientin oder als Patient nicht mehr entscheidungsfähig sind, gilt ihr mutmaßlicher Wille. Diesen haben die Ärztin oder der Arzt gemeinsam mit der für Sie bestellten oder von Ihnen bevollmächtigten Vertretungsperson, wenn möglich unter Einbeziehung naher Angehöriger, zu erörtern. Um sicherzustellen, dass Ihr Wille der Behandlung zugrunde gelegt wird, auch wenn Sie diesen nicht mehr vermitteln können, können Sie eine individuelle Patientenverfügung erstellen. Fragen dazu beantwortet die Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums der Justiz (www.bmj.bund.de). Sie enthält auch nützliche Beispiele und Textbausteine, die Ihnen bei der möglichen Formulierung des Schriftstücks helfen.

Versichertenrechte

Woher weiß ich, wofür meine Kasse mein Geld ausgibt?

Krankenkassen, ihre Landesverbände, der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und ihre Bundesvereinigungen müssen jährlich die Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und der wesentlichen Versorgungsregelungen ihrer Vorstände offenlegen.

Die Informationen der Krankenkassen, ihrer Landesverbände und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen werden im Bundesanzeiger und in den Mitgliederzeitschriften der jeweiligen Krankenkassen publiziert.

Bei den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und ihren Bundesvereinigungen erfolgt die Veröffentlichung der Angaben gleichfalls im Bundesanzeiger, darüber hinaus im Deutschen Ärzteblatt und für die Zahnärzte in den Zahnärztlichen Mitteilungen. Mit der Veröffentlichung der Einkommen der Ärztevertreter haben somit auch Ärztinnen und Ärzte einen Einblick in die Bezüge der gewählten Vorstände. Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, in ihren Mitgliederzeitschriften jährlich über die Verwendung ihrer Mittel im Vorjahr Rechenschaft abzulegen und zugleich ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragsanteil auszuweisen.

Was kann ich tun, wenn ich mit einer Entscheidung meiner Krankenkasse nicht einverstanden bin?

Wenn Sie wissen möchten, welche Leistungen Ihnen zustehen, lassen Sie sich zunächst in der nächstgelegenen Geschäftsstelle Ihrer Krankenkasse beraten. Sie haben gegenüber Ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Information. Die Kasse teilt Ihnen auf Anfrage auch mit, welche Leistungen bei Ihnen abgerechnet wurden. Sind Sie mit der Entscheidung Ihrer Kasse nicht einverstanden, müssen Sie dort Widerspruch einlegen. Bei einem ablehnenden Widerspruchsbescheid steht Ihnen der Klageweg vor dem Sozialgericht offen. Unabhängig davon können Sie sich an die für die jeweilige Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Aufsichtsbehörden sind im Regelfall bei nur landesweit tätigen Krankenkassen das jeweilige Landesministerium (bzw. die Senatsverwaltung) für Soziales bzw. Gesundheit oder die durch landesrechtliche Rechtsverordnung bestimmten Behörden, bei bundesweit tätigen Krankenkassen das Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn. Wer letztlich Aufsichtsbehörde ist, erfahren Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Missbrauch bekämpfen

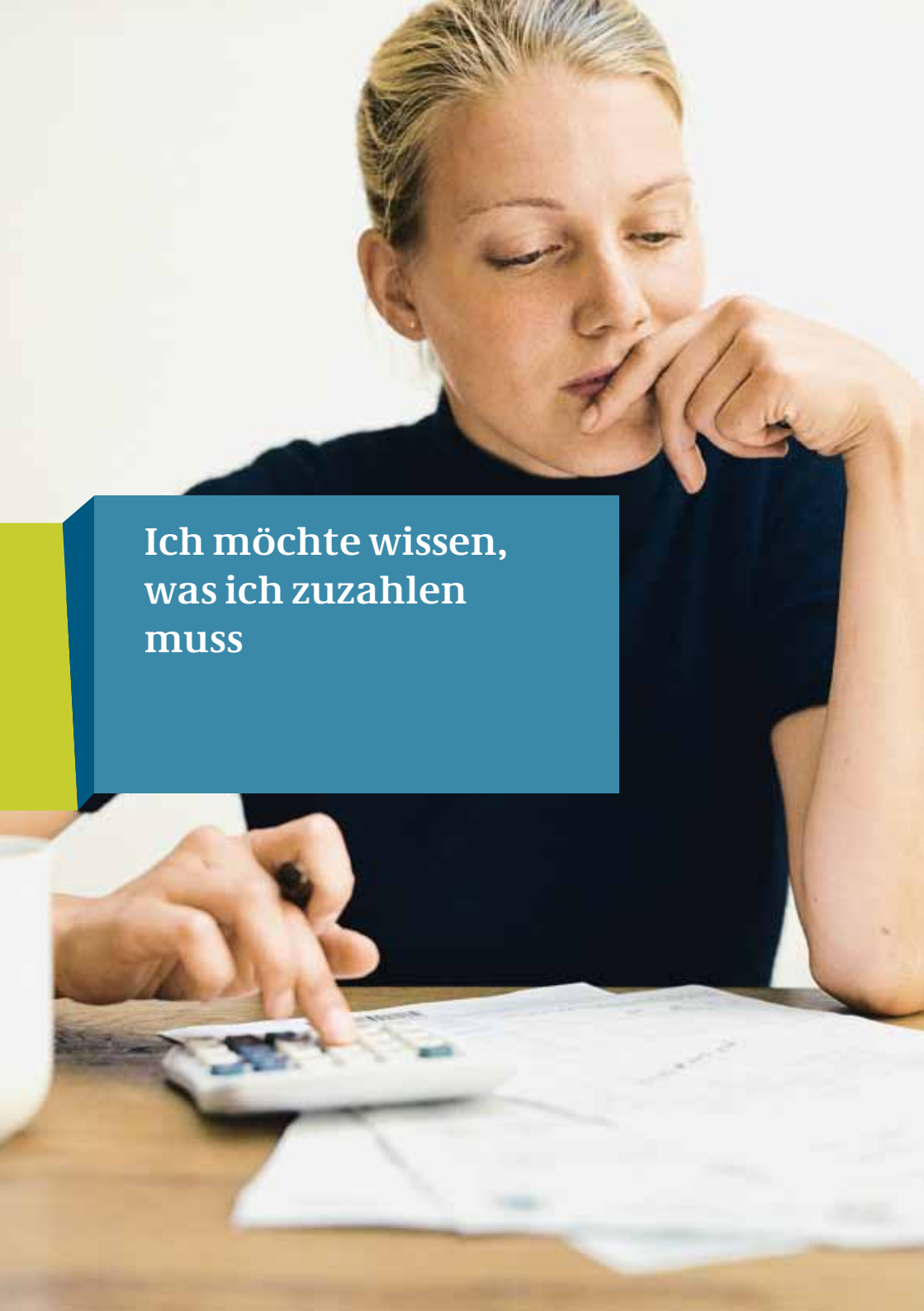
Wer kontrolliert die Ärztinnen und Ärzte, die sonstigen Leistungserbringer sowie die Krankenkassen?

Missbrauch und Betrug fügen der gesetzlichen Krankenversicherung Schaden zu. Das heißt konkret: Ihnen als den Versicherten, die mit ihren Beiträgen dafür bezahlen müssen. Deshalb gibt es besondere Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Sie müssen Fällen und Sachverhalten nachgehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten. Jede gesetzliche Krankenkasse, unter Umständen auch jeder Landesverband einer Kassenart sowie der GKV-Spitzenverband, jede Kassenärztliche und jede Kassenzahnärztliche Vereinigung und ihre jeweilige Bundesvereinigung muss eine solche Stelle vorsehen. Die Einrichtungen müssen sich wechselseitig informieren. Wenn eine Prüfung zu dem Ergebnis führt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte, sollen die genannten Organisationen unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten.

Kampf dem Kartenmissbrauch!

Ein nicht unerheblicher Schaden entsteht den Krankenkassen durch die missbräuchliche Verwendung der Krankenversichertenkarte – beispielsweise durch unkontrollierte Mehrfachinanspruchnahme ärztlicher Leistungen („Ärzte-Hopping“) oder durch die Nutzung der Karte durch mehrere Personen („Chipkartentourismus“, „Chipkartenhandel“).

Die Kassen sind deshalb verpflichtet, ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen wie zum Beispiel der Regelung zum Lichtbild, einer missbräuchlichen Verwendung der Karte durch weitere geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. So können die Krankenkassen durch eine möglichst tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen zur Karte (beispielsweise Verlustmeldung, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus) in einem Versichertenstammdatendienst wesentlich dazu beitragen, dass die Aktualität der Karte bei der Inanspruchnahme von Leistungen überprüft werden kann.



Ich möchte wissen,
was ich zuzahlen
muss

Spielräume nutzen

Zuzahlungen mit Augenmaß

Alle Partner im Gesundheitswesen sind in der Verantwortung, einen Beitrag dafür zu leisten, dass die Finanzierung unseres Gesundheitssystems langfristig gesichert ist und die Mittel wirtschaftlich eingesetzt werden. Auch Patientinnen und Patienten tragen eine finanzielle Mitverantwortung in Form von Beiträgen und Zuzahlungen. Die Zuzahlungsregelungen sind dabei so ausgestaltet, dass niemand überfordert wird. Finanzielle Mitverantwortung bedeutet aber keineswegs nur zusätzliche Belastung. Sie bedeutet auch, dass Sie als Patientin und Patient Ihre eigenen Zuzahlungen zu einem guten Teil selbst steuern können.

Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen

Wo muss ich zuzahlen?

Die Zuzahlungsregeln gelten für nahezu alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierunter fallen Arzt- und Zahnarztbesuche, die Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalte, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und Fahrkosten.

Wie hoch sind die Zuzahlungen?

Grundsätzlich leisten Versicherte Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Es sind jedoch nie mehr als die jeweiligen Kosten des Mittels zu entrichten.

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung.

Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich zuzahlungsfrei. Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch von nicht volljährigen Versicherten zu entrichten ist.

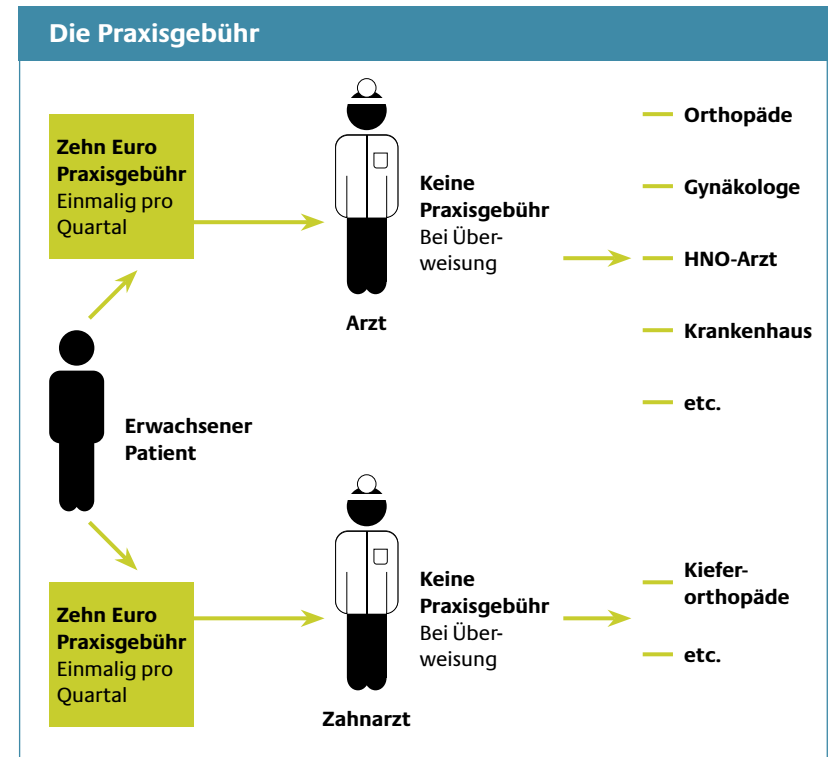
Die Praxisgebühr

Als gesetzlich Versicherte oder Versicherter müssen Sie ab Vollendung des 18. Lebensjahres eine sogenannte Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal bei erstmaliger Inanspruchnahme einer Ärztin oder eines Arztes (ganz gleich, ob es sich um einen Hausarzt, einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten handelt) zahlen. Wenn Sie dann mit einer Überweisung aus dem gleichen Quartal zu weiteren Ärzten gehen, brauchen Sie die Praxisgebühr nicht noch einmal zu bezahlen. Das bedeutet: Die Praxisgebühr fällt nur einmal pro Quartal an, egal wie oft Sie zu derselben Ärztin oder zum selben Arzt gehen und egal wie viele Ärzte Sie mit Überweisungen aus dem gleichen Quartal aufsuchen.

Auch wenn Sie sich im Krankenhaus ambulant behandeln lassen müssen, fällt die Praxisgebühr von zehn Euro an. Es sei denn, Sie haben eine Überweisung aus dem gleichen Quartal.

Keine Zuzahlung zu den Kosten der ambulanten ärztlichen – einschließlich der psychotherapeutischen – Behandlung sowie zahnärztlichen Behandlung ist zu entrichten, wenn Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Schwangerenvorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Kontrolluntersuchungen sowie Schutzimpfungen von den Versicherten in Anspruch genommen werden.

Wenn Sie eine ärztliche Leistung im Notfall oder im organisierten Notfalldienst in Anspruch nehmen, müssen Sie ebenfalls eine Praxisgebühr von zehn Euro zahlen. Die Praxisgebühr für die Behandlung im Notfall wird jedoch nur einmal im Quartal fällig, unabhängig davon, wie oft Sie im Quartal den organisierten Notfalldienst oder ärztliche Leistungen im Notfall in Anspruch nehmen.



An wen kann mich die Hausärztin oder der Hausarzt zuzahlungsfrei überweisen?

Die Hausärztin oder der Hausarzt kann Sie zuzahlungsfrei an alle Fachärzte überweisen. Grundsätzlich kann auch jede Fachärztin und jeder Facharzt zur Weiterbehandlung an andere Fachärzte überweisen. Überweisungen innerhalb desselben medizinischen Fachgebiets sind jedoch nur in Ausnahmefällen zulässig. Wenn Sie also eine zweite Meinung einholen möchten, müssen Sie in der Regel auch ein zweites Mal die Praxisgebühr zahlen, da Fachärzte in diesen Fällen nicht innerhalb derselben medizinischen Fachrichtung überweisen dürfen.

Wo fallen keine Zuzahlungen an?

Um das Engagement der Versicherten für ihre eigene Gesundheit zu stärken und die besondere Stellung der Familie zu unterstützen, fallen keine Zuzahlungen an bei:

- Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Ausnahme der Fahrkosten,
- Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden (siehe Übersicht S. 62 ff.),
- empfohlenen Schutzimpfungen (siehe Übersicht S. 66 f.).

Belastungsgrenzen

Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass bei den Zuzahlungen die soziale Balance gewahrt bleibt. Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher sollten auch alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Es gilt:

- Keine Versicherte und kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung leisten.
- Für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine Grenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Diese Belastungsgrenze gilt für den gesamten Familienhaushalt. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten ist es jedoch besonders wichtig, dass sie sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen, um eine Verschlimmerung der Krankheit und das Entstehen von Folgeerkrankungen zu vermeiden. Deshalb wurde die verminderte Belastungsgrenze seit dem 1. Januar 2008 an diese Voraussetzung

geknüpft. Das bedeutet: Sie oder er nimmt an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teil oder folgt den zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient verabredeten Therapie-Inhalten.

- Auf Familien wird durch Freibeträge, die von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen werden können, zusätzlich Rücksicht genommen: Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (z. B. Ehepartner) gilt ein Freibetrag von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße (2011: 4.599 Euro) und für jeden weiteren Angehörigen von zehn Prozent der jährlichen Bezugsgröße (2011: 3.066 Euro). Für jedes Kind der oder des Versicherten und der Lebenspartnerin bzw. des -partners kann grundsätzlich ein Kinderfreibetrag von derzeit 7.008 Euro berücksichtigt werden.
- Bei Bezieherinnen und Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Die oben angegebenen Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.
- Die Belastungsgrenzen gelten auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Die Belastungsgrenze errechnet sich aus Ihren Bruttoeinnahmen und den Bruttoeinnahmen Ihrer Lebenspartnerin bzw. Ihres Lebenspartners (eingetragene Lebensgemeinschaften wie Ehe und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft) und aller Angehörigen, die in Ihrem Haushalt leben. Andere Angehörige als die Kinder oder Partner können nach Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden, wenn sie ihren gesamten Lebensunterhalt mit der Familie bestreiten.

Was zählt alles zu den Bruttoeinnahmen dazu?

Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen: Das kann Ihr Arbeitseinkommen oder Ihre Rente sein. Aber auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten zählen dazu. Zur genauen Festlegung sprechen Sie mit Ihrer Krankenkasse.

Ebenso werden alle Zuzahlungen zusammen berücksichtigt, die Sie und Ihre in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Angehörigen und Lebenspartner leisten. So lassen sich Zuzahlungs- und Einnahmehöhe errechnen und in ein Verhältnis zueinander setzen. Sobald Sie die Belastungsgrenze erreicht haben, sind Sie und Ihre mitversicherten Familienmitglieder für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

Nicht vergessen!

- Zuzahlungsbelege sammeln
- Bruttoeinnahmen berechnen
- Freibeträge abziehen
- Erreichen der Belastungsgrenze kontrollieren (zwei Prozent beziehungsweise ein Prozent bei schwerwiegend chronisch Kranken)
- Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenkasse beantragen

Da Ihre Krankenkasse Sie nicht automatisch benachrichtigt, sobald Sie Ihre Belastungsgrenze erreicht haben, müssen Sie selbst Ihre Zuzahlungen im Auge behalten und die Quittungen sammeln. Zum Beispiel gibt es in Apotheken Unterlagen, Computerausdrucke oder auch Hefte, in denen die Zuzahlungen quittiert werden können. Sobald Sie die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreichen, können Sie bei Ihrer Krankenkasse eine Befreiung beantragen. Erst dann bekommen Sie ggf. einen Bescheid darüber erteilt, dass Sie für den Rest des Kalen-

derjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten brauchen. Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, die bereits innerhalb kurzer Zeit relativ hohe Zuzahlungen leisten müssen, können mit den Sozialhilfeträgern eine darlehensweise Übernahme der Zuzahlungen vereinbaren. Dadurch können sie ihre Belastung über mehrere Monate verteilen. Voraussetzung ist, dass sich zuvor auch die Krankenkassen mit den Sozialhilfeträgern auf ein solches Verfahren verständigen.

Der Befreiungsausweis wird von der Krankenkasse erstellt und enthält den Namen der ausstellenden Krankenkasse, Vorname und Name der bzw. des Versicherten, Geburtsdatum und/oder KV-Nummer, Datum der Ausstellung und die Gültigkeitsdauer. Ansprechpartner für alle Fragen zu Zuzahlungen ist Ihre Krankenkasse.

Zuzahlungsbelege sammeln!

Überall wo Sie Zuzahlungen leisten, ist man verpflichtet, Ihnen Zuzahlungsbelege auszustellen, aus denen

- der Vor- und Zuname der bzw. des Versicherten,
- die Art der Leistung (zum Beispiel Arzneimittel/Heilmittel),
- der Zuzahlungsbetrag,
- das Datum der Abgabe und
- die abgebenden Stellen hervorgehen.

Welche Kosten können nicht bei der Belastungsgrenze berücksichtigt werden?

Kosten, die keine Zuzahlungen sind, können auch nicht für die Belastungsgrenze berücksichtigt werden. Hierzu zählen insbesondere:

- Arzneimittel, deren Preis über dem Festbetrag liegt.
- Aufwendungen für Mittel, deren Verordnung zulasten der Krankenkassen ausgeschlossen ist.

- aufwendigere Leistungen für Hilfsmittel als eigentlich notwendig sind.
- Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (orthopädische Schuhe etc.).
- Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung, etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- Eigenanteile zu Zahnersatz und zu Maßnahmen der künstlichen Befruchtung.

Was ist, wenn nur ein Partner schwerwiegend chronisch krank ist?

Wenn ein mitversichertes Familienmitglied (Ehegatte, volljähriges Kind) oder die Ehepartnerin bzw. der -partner in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert und schwerwiegend chronisch krank ist, gilt für alle Familienmitglieder eine Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzüglich der Freibeträge. Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, erläutert Ihnen Ihre Krankenkasse.

Chronisch krank

Wann bin ich schwerwiegend chronisch krank?

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens ein Jahr lang einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden drei Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor oder
- es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor oder
- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Informieren Sie sich bei Ihrer behandelnden Ärztin beziehungsweise Ihrem Arzt oder bei Ihrer Krankenkasse, ob Ihre Erkrankung chronisch ist.

Verminderte Belastungsgrenze bei regelmäßiger Vorsorge

Es gibt keine Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Um aber im Fall einer späteren chronischen Erkrankung die verminderte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen in Anspruch nehmen zu können, sollen sich gesetzlich Versicherte über die Inhalte der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung beraten lassen, sobald sie das entsprechende Anspruchsalter erreichen.

Diese Regelung gilt seit dem 1. Januar 2008 nur für die Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (für Frauen ab 20 Jahre), von Brustkrebs mittels Mammografie-Screening (für Frauen von 50 bis 69 Jahren) und von Darmkrebs (für Frauen und Männer ab 50 Jahre). Sie betrifft Frauen, die nach dem 1. April 1987 und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind. Die Versicherten müssen die Inanspruchnahme der Beratung innerhalb von zwei Jahren nach Erreichen des jeweiligen Anspruchsalters nachweisen.

Die Beratungen können von jeder am Krebsfrüherkennungsprogramm teilnehmenden Ärztin beziehungsweise jedem Arzt durchgeführt werden, sofern diese berechtigt sind, die vorgenannten Untersuchungen selbst durchzuführen.

Für ältere Versicherte als die oben genannten gilt diese Regelung nicht. Wenn sie im späteren Lebensverlauf chronisch krank werden, können sie die verminderte Belastungsgrenze von einem Prozent unabhängig von dieser Voraussetzung in Anspruch nehmen. Auch Versicherte, die schon vor dem 1. April 2007 an einer chronischen Erkrankung gelitten haben und bereits von der Ein-Prozent-Zahlungsgrenze nach altem Recht profitieren konnten, behalten ihre Zuzahlungsvergünstigung.

Für Versicherte, die an einer chronischen Erkrankung leiden, ist es besonders wichtig, dass sie sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen, um eine Verschlimmerung der Krankheit und das Entstehen von Folgeerkrankungen zu vermeiden. Das bedeutet zum Beispiel: Die Patientin oder der Patient nimmt an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teil oder folgt den mit der Ärztin oder dem Arzt verabredeten Therapieinhalten. Davon profitieren die Patienten auch finanziell: Sie können auch künftig die Zuzahlungsgrenze von einem Prozent in Anspruch nehmen.

Entlastungen bei Zuzahlungen

Wie kann ich sparen?

Bonussystem: Wenn Sie sich für Ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen, kann sich das auch finanziell auszahlen. Ihre gesetzliche Krankenkasse kann Sie für die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder die erfolgreiche Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen mit einem finanziellen Bonus wie Ermäßigungen bei Zuzahlungen (zum Beispiel bei der Praxisgebühr) belohnen.

Praxisgebühr: Wenn Sie sicher sein wollen, dass Sie die zehn Euro Praxisgebühr nur einmal im Quartal bezahlen müssen, dann sollten Sie den ersten Arztbesuch im Quartal bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt machen, die oder der Sie dann an alle anderen Ärzte überweisen kann. Einzige Ausnahme: Beim Zahnarztbesuch zahlen Sie eine separate Praxisgebühr, sofern es sich nicht um eine der beiden jährlichen Vorsorgeuntersuchungen handelt.

Arzneimittel: Die Höhe der Zuzahlungen für rezeptpflichtige Arzneimittel ist abhängig vom Preis. Je preiswerter das Arzneimittel, desto geringer die Zuzahlung. Bestimmte rezeptpflichtige Präparate sind in der Apotheke zuzahlungsfrei erhältlich. Möglicherweise hat Ihre Krankenkasse auch Rabattverträge mit bestimmten Arzneimittelherstellern abgeschlossen, sodass Sie für Vertragspräparate weniger oder keine Zuzahlung leisten müssen. Es lohnt sich also für Sie, die Ärztin, den Arzt, die Apothekerin und den Apotheker nach preisgünstigen Präparaten zu fragen. **Wahltarife:** Krankenkassen bieten spezielle Tarifangebote für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (zum Beispiel Hausarzttarife) an. Eine Teilnahme kann sich für Sie unter Umständen auch finanziell lohnen, zum Beispiel durch Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen.

Außerdem können die Kassen eine ganze Reihe freiwilliger Wahltarife anbieten – zum Beispiel einen Selbstbehalttarif. Je nach Tarif können Sie auch hier von einer Prämienzahlung profitieren.

Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen: die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zuzahlen	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezeptausstellung, Blutabnahme, Notfälle und telefonische Auskunft.	Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt zweimal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	Zehn Euro pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von zehn Euro nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind. Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit.
... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und -Verbandmitteln	Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Mittel. Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.		Beispiele: Ein Medikament kostet zehn Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von fünf Euro. Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt zehn Prozent vom Preis, also 7,50 Euro. Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal zehn Euro begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich zehn Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).		Beispiel: Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung zehn Euro für diese Verordnung und zusätzlich zehn Prozent der Massagekosten.
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von zehn Prozent für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Inkontinenzhilfen): Zuzahlung von zehn Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal zehn Euro pro Monat.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag.		
... bei einer Psychotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von zehn Prozent pro Tag, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro.		

Was gilt	Wie Sie zuzahlen	Ausnahmen	Anmerkungen
... für Mutter-/Vater-Kind-Kuren	Stationäre Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation von Müttern (Vätern) sind Pflichtleistungen der Krankenkasse.	Die Krankenkasse muss medizinisch notwendige Kuren bewilligen. Für Versicherte bedeutet das: Für den Antrag auf eine Kur als Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme müssen bestimmte medizinische Voraussetzungen erfüllt sein.	Stationäre Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation von Müttern und Vätern sind wichtige Leistungen der Krankenkassen, die ihnen helfen, wieder auf die Beine zu kommen.
... für die medizinische Rehabilitation	Alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, seit dem 1. April 2007 Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkasse.		Das umfasst auch die Rehabilitation für ältere Menschen, die sogenannte geriatrische Rehabilitation. Die Genehmigung sinnvoller Reha-Maßnahmen liegt damit nicht mehr im Ermessen der Krankenkasse.
... für Impfungen	Auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss die Einzelheiten zu den Leistungen der Krankenkassen. Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen weitere Impfungen für ihre Versicherten übernehmen, insbesondere Impfungen für private Auslandsreisen.		Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Vorsorgemaßnahmen der Medizin. Schutzimpfungen sind daher Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Impfungen selbst sind weiterhin freiwillig.
... für die häusliche Krankenpflege	Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt geboten, aber aus bestimmten Gründen nicht ausführbar ist, übernimmt die Krankenkasse die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen auch länger.	Wenn im Haushalt Personen leben, die die Patientin oder den Patienten im erforderlichen Umfang pflegen können, sind Pflegeleistungen Aufgabe der Pflegeversicherung.	Häusliche Krankenpflege kann auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt werden.
... für Folgeerkrankungen bei Schönheitsoperationen oder Piercings	Bei der Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe – zum Beispiel bei Komplikationen infolge von Schönheitsoperationen oder Piercings – ist der Leistungsumfang der Krankenkasse eingeschränkt.		
... für Palliativversorgung	Versicherte haben Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.		Bei der „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ handelt es sich um ärztliche und pflegerische Leistungen, die von sogenannten Palliative-Care-Teams erbracht werden. Diese Leistungen sind primär medizinisch ausgerichtet und ermöglichen den Menschen ein würdevolles Sterben in häuslicher Umgebung.

Was gilt	Wie Sie zuzahlen	Ausnahmen	Anmerkungen
... für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet.	Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Arzneimittel, an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments. Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.	
... für Lifestyle-Präparate	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Viagra), werden nicht erstattet.		
... für Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht von der Krankenkasse übernommen.	Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.	Bei genehmigten Fahrkosten müssen zehn Prozent, aber höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen. Die Zuzahlung ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Fahrkosten.
... für Sehhilfen/Brillen	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss.	Ein Leistungsanspruch besteht für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei therapeutischen Sehhilfen sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.	
... für die künstliche Befruchtung	Drei Versuche werden von der Krankenkasse zu jeweils 50 Prozent bezahlt. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.		
... für Sterilisation	Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.	Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen.	
... für Sterbegeld, Entbindungsgeld	Die Krankenkasse zahlt grundsätzlich kein Sterbe- und Entbindungsgeld.		
... für Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Diese Leistungen zahlt die Krankenkasse auch weiterhin.		
... für Zahnersatz	Die Krankenkasse zahlt Festzuschüsse zu den Kosten von Zahnersatz, das heißt, die Zuzahlung orientiert sich am Befund, nicht an der Behandlungsmethode. Für Zahnersatz gibt es Härtefall- und Bonusregelungen.	Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.	

Stichwortregister

Wonach suchen Sie?

Alterungsrückstellungen	S. 53
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	S. 73
Arzneimittel	S. 89 ff.
Beiträge	S. 22 ff.
Belastungsgrenzen	S. 124 ff.
Besondere Versorgungsformen	S. 42
Betriebliche Gesundheitsförderung	S. 60
Bonusprogramme	S. 46
Brillen	S. 98 f.
Bruttoeinnahmen	S. 126 f.
Chronisch Kranke	S. 75, S. 124 ff.
Datenschutz	S. 114 ff.
Disease-Management-Programme	S. 75
Elektronische Gesundheitskarte	S. 108 f.
Ergotherapie	S. 101
Fahrkosten	S. 103 f.
Familienversicherung	S. 19 ff.
Freiwillig Versicherte	S. 16 ff.
Früherkennung	S. 55, S. 62 f.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	S. 104 f.
Geriatrische Rehabilitation	S. 57
Gesundheitsfonds	S. 31 f.
GKV-Spitzenverband	S. 115 f.

Härtefallregelungen	S. 87
Hausarzt (Hausarztтарif)	S. 71 f.
Haushaltshilfe	S. 80
Häusliche Krankenpflege	S. 77 f.
Heilmittel	S. 101 f.
Hilfsmittel	S. 89 ff.
Impfungen	S. 66 f.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	S. 107
Integrierte Versorgung	S. 41 f., S. 74
Kinder	S. 19 ff., S. 64 f., S. 79 f., S. 84
Kinderhospize	S. 79
Kontrahierungszwang	S. 51
Kostenerstattungstarif	S. 45
Krankengeld	S. 26, S. 36, S. 41, S. 43
Krankengymnastik	S. 101
Krankenkassenwahl	S. 38 f.
Krankenversicherung	S. 14 ff.
Kündigungsfristen	S. 47
Künstliche Befruchtung	S. 104
Leistungskatalog	S. 40, S. 52
Massagen	S. 102
Medizinische Versorgungszentren	S. 73
Missbrauch (der Krankenversichertenkarte)	S. 108 f.
Mutter-/Vater-Kind-Kuren	S. 57
Palliativversorgung	S. 79
Patientenbeauftragter	S. 112
Patientenquittung	S. 105

Patientenrechte	S. 111 ff.
Pflichtversicherte	S. 14 f.
Prävention	S. 55 f.
Praxisgebühr	S. 122 f.
Psychotherapeutische Behandlung	S. 82
Rehabilitation	S. 56 ff.
Rezeptfreie Arzneimittel	S. 94 ff.
Rezeptpflichtige Arzneimittel	S. 93 ff.
Risikostrukturausgleich	S. 32
Schutzimpfungen (Übersicht)	S. 66 f.
Schwangerschaft	S. 83 f.
Selbstbehalttarif	S. 44
Selbsthilfegruppen	S. 60
Selbstverwaltung	S. 13
Soziotherapie	S. 81
Strukturierte Behandlungsprogramme	S. 75
Verminderte Belastungsgrenze	S. 129 ff.
Versandapotheke	S. 96 f.
Versichertenrechte	S. 115 f.
Versicherungspflichtgrenze	S. 14 f.
Versicherungsschutz im Ausland	S. 49 ff.
Versorgungsbezüge	S. 28 f.
Vorsorge	S. 56 ff.
Wahltarife	S. 40 ff.

Zahnärztin/Zahnarzt	S. 86 f.
Zahnersatz	S. 87
Zusatzbeitrag	S. 33 ff.
Zuzahlungen	S. 121 ff.

Adressen

Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030/40 04 56-0
Fax: 030/40 04 56-388
E-Mail: info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211/3 10 06-0
Fax: 0211/3 10 06-48
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen Geschäftsstelle München

Waltherstraße 16a
80337 München
Tel.: 089/76 75 51 31
Fax: 089/7 25 04 74
E-Mail: mail@bagp.de
www.patientenstellen.de

Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
Tel.: 0228/6 19-0
Fax: 0228/6 19-18 70
E-Mail: poststelle@bva.de
www.bundesversicherungsamt.de

Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärzte- kammern e. V.

Chausseestraße 13
10115 Berlin
Tel.: 030/4 00 05-0
Fax: 030/4 00 05-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de

Deutsche Krankenhaus- gesellschaft e. V.

Wegelystraße 3
10623 Berlin
Tel.: 030/3 98 01-0
Fax: 030/3 98 01-30 00
E-Mail: dkgmail@dkgev.de
www.dkgev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Wilmsdorfer Straße 39
10627 Berlin
Tel.: 030/31 01 89 74
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de
www.dag-shg.de

Deutscher Behindertenrat

c/o Weibernetz e. V.
Kölnische Straße 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-85
Fax: 0561/72 885-53
E-Mail: info@deutscher-
behindertenrat.de
www.deutscher-behindertenrat.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: 030/40 05-0
Fax: 030/40 05-15 90
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wegelystr. 8
10623 Berlin
Tel.: 030/27 58 38-0
Fax: 030/27 58 38-990
E-Mail: info@g-ba.de
www.g-ba.de

Der Beauftragte der Bundes- regierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Wolfgang Zöllner, MdB
Patientenbeauftragter der
Bundesregierung
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Tel.: 030/1 84 41-34 20
Fax: 030/1 84 41-34 22
E-Mail: patientenbeauftragter@
bmg.bund.de
www.patientenbeauftragter.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Bundesgeschäftsstelle
Littenstraße 10
10179 Berlin
Tel.: 0800/0 11 77 22
Fax: 030/200 89 23-50
E-Mail: info@upd-online.de
www.unabhaengige-patienten-
beratung.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Wilmsdorfer Straße 39
10627 Berlin
Tel.: 030/31 01 89 60
Fax: 030/31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. – vzbv

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Tel.: 030/2 58 00-0
Fax: 030/2 58 00-218
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefone

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das Bundesministerium für Gesundheit allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem. Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kommunikationszentrums in Rostock, das hierfür vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt worden ist.

Beratungsangebot

Das Bürgertelefon vermittelt gesetzliche Grundlagen, klärt auf über mögliche gesetzliche Ansprüche, erörtert individuelle Probleme, nimmt Anregungen auf, vermittelt Adressen und Ansprechpartner.

Weitere Serviceangebote:

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte, der die Kommunikation ohne sprachliche Barrieren erleichtert. Bürgertelefon zur Pflegeversicherung für Fragen rund um das Beitrags- und Leistungsrecht innerhalb der Pflegeversicherung. Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention für Informationen über individuelle Maßnahmen zur Prävention. Bestellservice für Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit, die telefonisch oder per E-Mail abgegeben werden können.

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden: www.bmg-gp.de

Newsletter

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter: www.bmg-gp.de

Versand von Publikationen

Materialien zu allen Bereichen des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie bestellen unter:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 481009
18132 Rostock

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 01805/77 80 90*
Fax: 01805/77 80 94*

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 per E-Mail anfordern: publikationen@bundesregierung.de

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab
11055 Berlin

Konzeption und Text: BMG, A&B One
Gestaltung: A&B One
Druck: Silber Druck oHG
Fotos: Getty Images, Hola Images

Stand: April 2011

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-07031
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 01805 / 77 80 90*
Fax: 01805 / 77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Jetzt neu!



**KOSTENLOS
ABONNIEREN:
WWW.BMG-GP.DE**

Sie interessieren sich für Gesundheitspolitik? Sie brauchen kompakte Gesundheitsinformationen für die Weitergabe an Ihre Patienten, Versicherten, Kunden? Dann nutzen Sie die Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Vierteljahresschrift „Gesundheitspolitische Informationen“ berichtet über aktuelle Themen rund um Gesundheit, Pflege und Prävention und wird Ihnen per Post regelmäßig zugesandt. Beigelegt sind die Infoblätter, die jeweils wichtige Einzelthemen der Gesundheitsversorgung behandeln, von A wie Arzneimittelzuzahlung bis Z wie Zusatzbeitrag. Kostenloses Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden:

www.bmg-gp.de

Newsletter

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestell-Nr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/7780 90*

Fax: 018 05/7780 94*

Schriftlich: Publikationsversand der

Bundesregierung


Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Internetportal


Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de


Fragen zum Versicherungsschutz

 **0 18 05 / 99 66 - 01***


Fragen zur Krankenversicherung

 **0 18 05 / 99 66 - 02***


Fragen zur Pflegeversicherung

 **0 18 05 / 99 66 - 03***


Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **0 18 05 / 99 66 - 09***


Fragen zur Suchtvorbeugung

 **0 221 / 89 20 31****

Schreibtelefon

 **0 18 05 / 99 66 - 07***

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

 **0 18 05 / 99 66 - 06***

Gebärdentelefon Video over IP

 **gebaerdentelefon.bmg@
sip.bmg.buergerservice-bund.de**

* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den deutschen Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo – Do 10 bis 22 Uhr, Fr – So 10 bis 18 Uhr