



Presse- mitteilung

Berlin, 21. Dezember 2012

Nr. 84

Neuregelungen im Jahr 2013 im Bereich Gesundheit und Pflege

Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Am 29. Oktober 2012 ist das Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Bundesgesetzblatt verkündet worden. Bereits am Tag nach der Verkündung sind zahlreiche Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in Kraft getreten. So zum Beispiel die Förderung neuer Wohnformen und die Verpflichtung der Pflegekassen zu mehr Service und Beratung.

Ab dem 1. Januar 2013 erhalten insbesondere demenziell erkrankte Menschen höhere Leistungen, und es gibt die Möglichkeit einer flexibleren Inanspruchnahme von Leistungen. Erstmals wird der Aufbau einer zusätzlichen privaten Pflegevorsorge gefördert. Die Änderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Einzelnen:

Einführung von Leistungen der häuslichen Betreuung

Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bieten ambulante Pflegedienste neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch **Betreuungsleistungen** an. Betreuungsleistungen können nicht nur Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. an Demenz erkrankte Menschen, in Anspruch nehmen, sondern auch alle Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III.

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-2225

FAX +49 (0)30 18441-1245

INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

E-MAIL pressestelle@bmg.bund.de

In einem **Modellvorhaben** wird geprüft, ob neben den heutigen ambulanten Pflegediensten auch Betreuungsdienste zugelassen werden können, die sich über ihr Leistungsangebot im Schwerpunkt auf demenzkranke Menschen spezialisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist mit der Durchführung des Modellvorhabens beauftragt und legt die Einzelheiten dazu im Rahmen der Ausschreibung fest, die für das erste Quartal 2013 vorgesehen ist.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen können neben den heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte **Zeitvolumen für die Pflege** wählen. Sie erhalten Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots und können zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden.

Höhere Leistungen in der ambulanten Versorgung für Menschen mit Demenz

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen – erhalten **neben den heute schon beziehbaren 100 bzw. 200 Euro** für zusätzliche Betreuungsleistungen in der sogenannten Pflegestufe 0 **erstmalig Pflegegeld oder Pflegesachleistungen**. In den Pflegestufen I und II wird der bisherige Betrag aufgestockt.

	"Pflegestufe 0" Pflegegeld oder Pflegesachleistung im Monat	Pflegestufe I Pflegegeld oder Pflegesachleistung im Monat	Pflegestufe II Pflegegeld oder Pflegesachleistung im Monat	Pflegestufe III Pflegegeld oder Pflegesachleistung im Monat
zur Zeit	0 € / 0 €	235 € / 450 €	440 € / 1.100 €	700 € / 1.550 € (in Härtefällen 1.918 €)
ab 1.1. 2013	120 € / 225 €	305 € / 665 €	525 € / 1.250 €	700 € / 1.550 € (in Härtefällen 1.918 €)

Einsatzmöglichkeit zusätzlicher Betreuungskräfte im gesamten stationären Bereich

Künftig wird es möglich sein, auch in teilstationären Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege zusätzliche Betreuungskräfte für die ergänzende Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

einzusetzen, die vollständig von der Pflegeversicherung finanziert werden. Ergänzend wird die Betreuungsrelation auf 1:24 (bisher 1:25) verbessert.

Erleichterter Zugang zur rentenversicherungsrechtlichen Absicherung

Eine **rentenversicherungsrechtliche Absicherung** erfordert einen Mindestpflegeaufwand von 14 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreicht werden.

Anhebung des Beitragssatzes

Die **Erhöhung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte** zum 1. Januar 2013 ermöglicht eine Finanzierung der Leistungsverbesserungen. Der bundeseinheitliche allgemeine Beitragssatz in der Pflegeversicherung erhöht sich von 1,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen auf 2,05 Prozent (Kinderlose: 2,3 Prozent).

Staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge

Private Pflege-Zusatzversicherungen, die bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllen, werden künftig mit einer **staatlichen Zulage in Höhe von 5 Euro im Monat** (60 Euro im Jahr) gefördert. Die Zulage wird erstmalig Anfang 2014 rückwirkend für das Jahr 2013 durch die Versicherungsunternehmen beantragt. Zulageberechtigt sind alle Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung oder in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, das 18. Lebensjahr vollendet haben und noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen haben. Pro Person kann für einen Vertrag die staatliche Zulage beantragt werden. Der Tarif muss bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllen wie u. a. Kontrahierungszwang und den Verzicht auf Gesundheitsprüfungen, Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge. Für jede Pflegestufe müssen Leistungen in Form von einem Pflegemonats- oder Pflegetagegeld vorgesehen werden, in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro, höchstens jedoch in Höhe der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Der Mindestbeitrag für die versicherte Person beträgt 15 Euro, der sich durch die staatliche Zulage von 5 Euro auf den Zahlbeitrag von 10 Euro reduziert.

Das Nähere zum Antrags- und Auszahlungsverfahren zwischen einer neu zu schaffenden zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Versicherungsunternehmen zur staatlichen Förderung der privaten Pflegevorsorge in

Form einer Zulage ist in einer **Verordnung** geregelt, die am 28. November 2012 das Bundeskabinett passiert hat. Die Verordnung tritt **am 4. Januar 2013 in Kraft**.

Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Assistenzpflegegesetz) (tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft; Verkündung voraussichtlich Ende Dezember)

Verbesserung der Leistungen für Menschen mit Behinderung

Mit dem **Assistenzpflegegesetz** wird die Situation pflegebedürftiger behinderter Menschen, die auf eine kontinuierliche Pflege durch von ihnen im Arbeitgebermodell beschäftigte besondere Pflegekräfte angewiesen sind, weiter verbessert. Der Anspruch auf **Assistenzpflege** wird zum 1. Januar 2013 **auch auf die stationäre Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet**. Der Pfleger/die Pflegerin kann sich danach gemeinsam mit dem pflegebedürftigen behinderten Menschen in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung aufnehmen lassen. Bisher war das nur bei stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus möglich.

(seit 30. Juli 2009). Neben dem Anspruch auf Mitaufnahme der Assistenzpflegeperson in die Einrichtung erhalten sie danach **für die gesamte Dauer der stationären Behandlung weiterhin das Pflegegeld** sowie die Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfe. Damit wird der besonderen Situation behinderter pflegebedürftiger Menschen Rechnung getragen, die neben der medizinpflegerischen Versorgung weitere Hilfestellungen durch ihre Assistenzpflege benötigen.

Am 30. Oktober 2012 ist bereits mit dem **Pflege-Neuausrichtungsgesetz** eine Regelung in Kraft getreten, wonach Menschen mit Behinderung, die sich überwiegend in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen aufhalten, zukünftig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden - z.B. am Wochenende oder in den Ferien -, **anteilig volles Pflegegeld** bekommen. Außerdem können junge Menschen mit Behinderung, die normalerweise zu Hause gepflegt werden, bis zum Alter von 25 Jahren stationäre Kurzzeitpflege-Aufenthalte auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und ähnlichen geeigneten Einrichtungen verbringen, wenn andere geeignete Plätze nicht vorhanden sind oder eine Unterbringung dort nicht zumutbar ist (bisher lag die Altersgrenze bei 18 Jahren).

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Bereich der Pflegeversicherung

Die Stellen zur **Bekämpfung von Fehlverhalten im Bereich der Pflegeversicherung** sollen zukünftig mit den Sozialhilfeträgern zusammenarbeiten, wenn dies erforderlich ist und konkrete Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten oder für die rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln vorliegen. So erhalten Pflegeversicherung und der Sozialhilfeträger die Möglichkeit des Datenaustauschs.

Investitionsfinanzierung von Pflegeeinrichtungen

Die Regelung der **Investitionsfinanzierung von Pflegeeinrichtungen wird praktikabler ausgestaltet**. Sie zielt darauf ab, den Ländern zu ermöglichen, bei der Investitionskostenfinanzierung pauschalisierte Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen berücksichtigen sowie Belegungsquoten zugrunde legen zu können. Um die Pflegebedürftigen vor übermäßiger finanzieller Belastung zu schützen, müssen dabei die Pauschalen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen. Darüber hinaus sollen Eigenkapital- und Fremdkapitalzinsen gleich behandelt werden. Klargestellt wurde zudem die Umlagefähigkeit des Erbbauzinses.

Wegfall der Praxisgebühr (Inkrafttreten: 1. Januar 2013)

Abschaffung der zum 1. Januar 2004 eingeführten **Praxisgebühr**, um Patientinnen und Patienten finanziell zu entlasten und Bürokratieaufwand zu minimieren.

Kompensation der Mehrausgaben durch den Wegfall der Praxisgebühr (Inkrafttreten: 2. Januar 2013)

Festlegung, dass dem Gesundheitsfonds im Jahr 2014 ein Betrag von 1,78 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden soll, um die infolge der Abschaffung der Praxisgebühr anfallenden Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu kompensieren.

Neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz)

Das Psych-Entgeltgesetz sieht die **schrittweise Ablösung tagesgleicher Pflegesätze** durch auf Basis empirischer Daten kalkulierte leistungsorientierte Tagesentgelte vor. Mit dem neuen Entgeltsystem wird der Weg hin zu **mehr Vergütungsgerechtigkeit** zwischen den Einrichtungen eröffnet. Einrichtungen, die aufwändige Leistungen erbringen, sollen diese auch besser vergütet bekommen als Einrichtungen mit weniger aufwändigen Leistungen.

Die Einführung des Entgeltsystems erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems mit einer **vierjährigen Einführungsphase** (budgetneutrale Phase von 2013 bis 2016) und einer **fünfjährigen Überführungsphase** (Konvergenzphase von 2017 bis 2021). In der budgetneutralen Phase entstehen Einrichtungen durch die Anwendung des neuen Entgeltsystems keine Gewinne oder Verluste. Für die Jahre 2013 und 2014 können die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen frei entscheiden, ob sie von dem neuen Entgeltsystem Gebrauch machen (Optionsjahre). Erst ab dem Jahr 2015 ist die Anwendung für alle Einrichtungen verpflichtend. Die langen Zeiträume der Ein- und Überführungsphase tragen auch den noch zu leistenden Entwicklungsarbeiten für das neue Entgeltsystem Rechnung. Zudem wird mit der Verordnung ein Vorschlagsverfahren etabliert, das allen Beteiligten für eine konstruktive Weiterentwicklung des Entgeltsystems offen steht.

Krankenhausfinanzierung - Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen

Der Mehrleistungsabschlag wird auf die Jahre 2013 und 2014 befristet, in seiner Höhe festgeschrieben, und die Wirkung des Mehrleistungsabschlags für das Jahr 2013 wird auf das Jahr 2014 verlängert. Im Jahr 2015 entfällt der Mehrleistungsabschlag. Ab diesem Zeitpunkt soll die Mengensteuerung auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung unter Einbeziehung der Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b Absatz 9 KHG und der nach dieser Vorschrift zu entwickelnden gemeinsamen Vorschläge der Selbstverwaltungspartner erfolgen. Die Änderungen führen im Jahr 2013 zu verminderten Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rd. 10 Mio. Euro (alle Kostenträger rd. 12 Mio. Euro) und im Jahr 2014 in Höhe von rd. 300 Mio. Euro (alle Kostenträger rd. 370 Mio. Euro).

Rechengrößen 2013 für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung

Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze (Pflichtversicherungsgrenze)** der gesetzlichen Krankenversicherung steigt von 50.850 Euro auf **52.200 Euro**. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der damals geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, steigt auf 47.250 Euro (2012: 45.900 Euro). Die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist zur Feststellung der Versicherungspflicht heranzuziehen.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** für alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung steigt **im Jahr 2013 auf 47.250 Euro jährlich** (2012: 45.900 Euro) **bzw. 3.937,50 Euro monatlich** (2012: 3.825 Euro).

Die **Bezugsgröße**, die für viele Werte in der Sozialversicherung Bedeutung hat (unter anderem für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung), **erhöht sich auf 2.695 Euro monatlich** (2012: 2.625 Euro monatlich). Die Bezugsgröße (Ost) steigt auf 2.275 Euro monatlich (2012: 2.240 Euro monatlich).

Beitrag für den Basistarif der PKV

Der Beitrag für den **Basistarif der PKV darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen**. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß jeweils bekannt gegebenen Höhe ist hinzuzurechnen; dieser beträgt im Jahre 2013 null Euro. Der monatliche Höchstbeitrag im PKV-Basistarif beläuft sich demnach im Jahr 2013 auf **610,31 Euro**.

Einkommensgrenze für geringfügige Beschäftigung

Mit dem Gesetz zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung ist die Einkommensgrenze für geringfügig Beschäftigte auf 450 Euro monatlich erhöht worden. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet das, dass künftig die beitragsfreie Mitversicherung von geringfügig beschäftigten Familienangehörigen bis zu einer Einkommenshöhe von 450 Euro monatlich (vorher: 400 Euro monatlich) möglich ist.

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag 0 und keine Kasse mit Zusatzbeitrag im Jahr 2013

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 12. November 2012 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen den **durchschnittlichen Zusatzbeitrag** für das Jahr 2013 in Höhe von **null Euro** bekannt gegeben. Dies bedeutet, dass im Jahr 2013 - wie schon in den Vorjahren - kein Sozialausgleich benötigt wird. Bislang von einigen Kassen erhobene kassenindividuelle Zusatzbeiträge wurden vor dem Hintergrund einer verbesserten Finanzsituation im Laufe des Jahres 2012 abgeschafft.

Für das Jahr 2013 werden eine Reihe auch größerer Krankenkassen aufgrund ihrer positiven Finanzlage eine **Prämie an ihre Mitglieder** auszahlen.

Ärztliche Versorgung

Am 1. Januar 2012 ist das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) in Kraft getreten. Es schafft die Voraussetzungen dafür, dass in allen Regionen Deutschlands - auch in strukturschwachen Gebieten - in Zukunft weiterhin genügend Ärztinnen und Ärzte für eine möglichst wohnortnahe, bedarfsgerechte medizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Eine wesentliche Maßnahme des Versorgungsstrukturgesetzes ist die **Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)**. Mit der Neufassung der **Bedarfsplanungs-Richtlinie** werden die Planungsbereiche, die Arztgruppen sowie die Verhältniszahlen (Ärzte je Einwohner) neu geregelt. Ab dem 1. Januar 2013 können nun nach der fristgerechten Überarbeitung der Richtlinie durch den G-BA die Umsetzungsarbeiten auf Landesebene beginnen.

Die Zulassungsausschüsse können künftig bei der **Nachbesetzung von Arztpraxen** in überversorgten Planungsbereichen aus Versorgungsgründen eine Nachbesetzung ablehnen.

Zahnärztliche Vergütung

Ab dem Jahr 2013 müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen **bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen** für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz **neue Kriterien** berücksichtigen (Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur). Gleichzeitig wird die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen aufgegeben.

Bei den Vereinbarungen der Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen (ohne Zahnersatz) in den neuen Bundesländern und in Berlin sind in den Jahren 2012 und 2013 zusätzliche Vergütungsanpassungen in Höhe von jeweils 2,5 Prozent (neue Bundesländer) bzw. 2,0 Prozent (Berlin) vorgesehen.

Ärztliche Vergütung

Bei den **Honorarverhandlungen auf Bundesebene** ist für **2013** eine tragfähige Grundlage für Patienten, Beitragszahler und Ärzte zur Weiterentwicklung erreicht worden, insbesondere wird gezielt in die medizinische haus- und fachärztliche Grundversorgung investiert:

- Im nächsten Jahr erhalten die Vertragsärzte und Psychotherapeuten Mehrhonorare in Höhe von 1,15 bis zu 1,27 Mrd. Euro, je nach Umfang der regionalen Honorarverhandlungen.
- Die haus- und fachärztliche Grundversorgung soll durch entsprechende Änderungen der Gebührenordnung gefördert werden, vor allem die palliativmedizinische und geriatrische Versorgung, was in einer älter werdenden Gesellschaft besonders wichtig ist.
- Für besonders förderungswürdige einzelne Leistungen, insbesondere für die Förderung der Betreuung und Versorgung chronischer kranker Menschen im hausärztlichen Bereich, sowie für die Förderung von Leistungen förderungswürdiger Leistungserbringer in Planungsbereichen, für die eine bestehende oder absehbar drohende Unterversorgung festgestellt worden ist oder in denen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, stellen die Krankenkassen zusätzliche Gelder zur Verfügung.
- Psychotherapeutische Leistungen sollen ab 2013 aus der Gesamtvergütung herausgenommen und extrabudgetär finanziert werden. Damit wird eine Kernforderung der Psychotherapeuten und der Ärzteschaft umgesetzt. Zugleich wird damit auch die Finanzierung zusätzlicher neuer Therapeutensitze sichergestellt.
- Bei den anstehenden Verhandlungen in den Regionen können die Vertragspartner weitere zielgenaue Verbesserungen für die Situation vor Ort vereinbaren.

Betäubungsmittelrechtliche Änderung für Opioidhaltige Zubereitungen

Zum 01. Januar 2013 tritt eine betäubungsmittelrechtliche Änderung für Opioidhaltige Zubereitungen in Kraft, die die **Fixkombination der Stoffe Tilidin und Naloxon** betrifft. Die entsprechenden, bisher vom Betäubungsmittelrecht ausgenommenen Zubereitungen, die auf einem normalen Rezept verschrieben werden konnten, wurden im Rahmen der 26. Betäubungsmittelrechtsänderungs-Verordnung vom 20. Juli 2012 differenziert eingeschränkt. Folglich sind flüssige Tilidin-/Naloxonhaltige Zubereitungen mit schneller Wirkstofffreisetzung wegen ihres Missbrauchspotentials

ab Beginn des neuen Jahres dem Betäubungsmittelrecht unterstellt und müssen - sofern therapeutisch erforderlich - durch den behandelnden Arzt auf einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden. Bestimmte Tilidin-/Naloxonhaltige Arzneimittel in fester Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreigabe, die für die Schmerztherapie in Deutschland von erheblicher Bedeutung sind, können aber weiterhin auf einem normalen Rezept vom Arzt verordnet werden.

EU Richtlinie zur Anzeigepflicht für Arzneimittelvermittler- „Fälschungsrichtlinie“

Im Rahmen der Umsetzung der EU-Richtlinie 2011/62/EU, der sog. "Fälschungsrichtlinie", tritt zum 2. Januar 2013 der neue § 52 c (Arzneimittelvermittlung) im Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln in Kraft. Danach dürfen **Arzneimittelvermittler** erst nach Anzeige bei der zuständigen Behörde und **Registrierung in einer öffentlichen Datenbank** ihre Tätigkeit aufnehmen. Arzneimittelvermittler sind Personen, die selbständig und in fremden Namen mit Arzneimitteln handeln, ohne die Verfügungsgewalt über die Arzneimittel zu erlangen. Durch die Anzeigepflicht für Arzneimittelvermittler soll das Eindringen von gefälschten Arzneimitteln in die legale Lieferkette wirksam und nachhaltig verhindert werden.

Ergänzender Hinweis:

Der Bundestag hat am 29. November 2012 in zweiter und dritter Lesung das Patientenrechtegesetz beschlossen. Der Bundesrat wird sich zu Beginn des Jahres 2013 mit dem Gesetzesbeschluss des Bundestages befassen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter

www.bmg.bund.de/PM_Neuregelungen_2013

www.bmg.bund.de/Neuregelungen_2013

Bürgertelefon des BMG

Fragen zur Krankenversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 01

Fragen zur Pflegeversicherung

■ 030 / 340 60 66 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

■ 030 / 340 60 66 – 03

Service für Gehörlose/Telefax

■ 030 / 340 60 66 – 07

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 08

Service für Gehörlose/Schreibtelefon

■ 030 / 340 60 66 – 09

Das Bürgertelefon des BMG erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr.