



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE GESUNDHEIT

Darauf kommt es an



Ratgeber Krankenversicherung

Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen müssen

www.wir-stärken-die-gesundheit.de

Ratgeber Krankenversicherung

Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen müssen



Liebe Leserin,
lieber Leser,

viele Menschen machen die Erfahrung, wie sich das Leben plötzlich verändern kann, wenn Schicksal, Zufälle oder auch Unzulänglichkeiten zu Erkrankung und Leid führen. Unsere Aufgabe und unser Anspruch ist es, dass den Betroffenen in unvorhersehbaren und belastenden Situationen geholfen wird. Dafür leisten jeden Tag 5 Millionen Menschen in den verschiedensten Berufen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten und viele andere – Großartiges. Zusammen mit Angehörigen, mit den Familien und mit vielen anderen sind sie die Helden des Alltags!

Trotz dieses Engagements läuft es nicht überall so, wie wir uns das vorstellen. Deswegen haben wir uns als Bundesregierung einiges vorgenommen, um unser Gesundheitssystem noch besser zu machen. Vor allem in drei Bereichen wollen wir zügig Verbesserungen erreichen.

Wir stärken weiter die Pflege: Die Ausbildung wird attraktiver, wir finanzieren in einem Sofortprogramm neue Pflegestellen und wir werden die Bezahlung verbessern. All dies, damit die Pflegerinnen und Pfleger künftig anders als heute sagen: Ich habe mehr Zeit für den Patienten und ich spüre die Wertschätzung der Gesellschaft für meine Arbeit. Zweitens senken wir die Beiträge der

Versicherten. Und drittens sorgen wir dafür, dass alle schnell einen Arzttermin bekommen.

Viele weitere Projekte, von der Internetmedizin bis zur Organspende, stehen an. Als Gesundheitsminister werde ich jeden Tag daran arbeiten, dass Ihr Alltag ganz konkret besser wird. Ich möchte, dass Sie spüren, dass sich durch Politik etwas ändert – weil ich will, dass Politik und Demokratie Vertrauen zurückgewinnen.

Ihr

Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9		
Wir stärken die Gesundheit	9		
1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife	10		
1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	16		
1.1.1 Pflichtversicherte	17		
1.1.2 Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)	18		
1.1.3 Freiwillig Versicherte	19		
1.1.4 Familienversicherte	20		
1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten	24		
1.2 Beiträge	24		
1.2.1 Beitragshöhe	24		
1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner	28		
1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende	30		
1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige	30		
1.3 Zusatzbeiträge	32		
		1.4 Wahltarife und Bonusprogramme	33
		1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen	33
		1.4.2 Bonusprogramme	37
		1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen	38
		1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV	38
		1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse	40
		1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?	41
		1.5.2 Kündigung	41
		1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse	44
		1.6 Versicherungsschutz im Ausland	45
		1.7 Private Krankenversicherung (PKV)	48
		1.7.1 Alterungsrückstellungen	51
		1.7.2 Prämiensteigerungen in der privaten Krankenversicherung	51
		1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronisches Gesundheitsnetz	52
		1.9 Begriffe und Institutionen	54

2 Medizinische Versorgung	58
2.1 Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation	59
2.1.1 Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung	59
2.1.2 Früherkennung	63
2.1.3 Vorsorge und Rehabilitation	67
2.2 Ärztliche Behandlung	73
2.2.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum	74
2.2.2 Stärkung der Patientenrechte	76
2.2.3 Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus	79
2.3 Besondere Versorgungsformen	83
2.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung: der Hausarzt/ die Hausärztin als Lotse	83
2.3.2 Besondere Versorgungsformen	84
2.3.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme)	85
2.3.4 Medizinische Versorgungszentren	86
2.3.5 Ambulante Behandlung im Krankenhaus	87
2.4 Zahnärztliche Behandlung	89
2.4.1 Zahnärztliche Leistungen	89
2.4.2 Kosten für Zahnersatz	91
2.5 Angebote für besondere Personengruppen	93
2.5.1 Angebote für werdende Mütter	93
2.5.2 Angebote für seelisch kranke Menschen	94
2.5.3 Angebote für Sterbenskranke	95
2.5.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch	98
2.6 Hilfen zu Hause	99
2.6.1 Häusliche Krankenpflege	99
2.6.2 Haushaltshilfe	101
2.7 Fahrkosten	102
2.8 Krankengeld	104
2.9 Begriffe und Institutionen	106

3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel	108
3.1 Arzneimittel	109
3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln	111
3.1.2 Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	114
3.1.3 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	115
3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität	116
3.2 Hilfsmittel	117
3.3 Heilmittel	120
3.4 Apotheken	121
3.5 Zuzahlung	123
3.6 Begriffe und Institutionen	128
Welche Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Kassen erstattet? Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen	132 146
4 Stichwortregister und Adressen	152
Stichwortregister	153
Adressen	156
Weitere Informationen	161
Informationsangebote	161
Weitere Publikationen	162
Bürgertelefon	164
Infotelefone der BZgA	165
Impressum	166



Einleitung

Wir stärken die Gesundheit

Gute medizinische Versorgung darf keine Frage des Wohnortes sein. In ganz Deutschland, aber vor allem in ländlichen Räumen gilt es daher, eine bedarfsgerechte Versorgung der Menschen zu sichern. Das Versorgungsstärkungsgesetz hat genau dort angesetzt und zum Beispiel Anreize für Ärztinnen und Ärzte geschaffen, sich auf dem Land niederzulassen. Aber auch die Gründung von medizinischen Versorgungszentren etwa durch Kommunen ist einer von mehreren Bausteinen, um eine gute Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln.

Jedes Jahr vertrauen rund 19 Millionen Menschen allein im stationären Bereich auf die hohe Behandlungsqualität der Kliniken in Deutschland. Die Krankenhausreform hat Regelungen gebracht, die Qualität konsequenter in den Mittelpunkt stellen, zum Beispiel als Kriterium bei der Krankenhausplanung. Auch bei der Vergütung spielen diese Kriterien jetzt eine Rolle. Bund und Länder bringen in gleichen Teilen finanzielle Mittel ein, um mit einem eine Milliarde Euro großen Strukturfonds die Versorgungsstrukturen zu verbessern.

Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und Forschung wurde ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Millionen Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 – eingerichtet. Dank des Innovationsfonds lässt sich eine Integrierte Versorgung stetig weiterentwickeln. Das heißt: Leidet der Versicherte an einer Erkrankung, die eine komplexe Behandlung erfordert, sorgt das Zusammenspiel aller Behandlungsstationen (wie Kliniken, Haus- und Fachärzte, Reha-Einrichtungen) nicht nur für eine lückenlose Betreuung und qualitative Behandlung, sondern vermeidet auch Doppel- und Mehrfachuntersuchungen.

1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife



In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Die gesetzliche Krankenversicherung bietet für 90 Prozent der Bevölkerung verlässlichen Gesundheitsschutz: Rund 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger sind hier versichert, um bestmögliche medizinische Versorgung zu erhalten.

Solidarität aus Prinzip

Die GKV funktioniert nach dem Solidarprinzip: Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten, die Gesundheitsleistungen sind für alle gleich. Alle gesetzlich versicherten Mitglieder zahlen grundsätzlich einkommensabhängige Beiträge. Diese fließen dem gemeinsamen Gesundheitsfonds der Krankenkassen zu. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erhalten alle Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen. So sind rund 16 Millionen Menschen als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert. Für sie gelten die gleichen Leistungsansprüche wie für die Beitragszahlerinnen und -zahler. So besteht auch zwischen Singles und Familien ein Ausgleich. Tragendes Prinzip der GKV ist also der Solidarausgleich – zwischen Gesunden und Kranken, zwischen gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden, zwischen Jungen und Alten, zwischen Alleinstehenden und Familien.

Versicherungspflicht

Pflichtmitglieder in der GKV sind insbesondere alle Arbeitnehmer¹ sowie alle Angestellten, deren monatliches Bruttoeinkommen unter der jährlich angepassten Versicherungspflichtgrenze und über der Geringfügigkeitsgrenze (im Jahr 2018 450 Euro/Monat) liegt. Pflichtmitglieder der GKV sind automatisch auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Genauere Informationen zur Pflegeversicherung bietet die Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit „Ratgeber Pflege“ (☞ siehe Seite 163).

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die weibliche Form verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

Der Gesetzgeber hat für eine Mitgliedschaft in der GKV die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen vorgesehen. Er hat den Kreis der Versicherungspflichtigen nach dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit der Betroffenen und der Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft abgegrenzt. Schutzbedürftige Personen sind zum Beispiel Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, Rentnerinnen und Rentner, Studierende, Menschen mit Behinderungen in bestimmten Einrichtungen und nicht zuletzt auch alle Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und der GKV zuzuordnen sind.

Bei einer schweren Erkrankung, die in keinem Lebensalter ausgeschlossen werden kann, können sehr schnell hohe Behandlungskosten anfallen, die das Einkommen und das Vermögen der Betroffenen übersteigen. In einem modernen Sozialstaat soll jedoch keine Bürgerin und kein Bürger ohne Schutz im Krankheitsfall sein, um auszuschließen, dass Bürgerinnen und Bürger aufgrund einer Erkrankung verarmen oder Steuermittel der Allgemeinheit in Anspruch nehmen müssen. Jede Bürgerin und jeder Bürger mit Wohnsitz in Deutschland soll deshalb im Krankheitsfall abgesichert sein. Wer keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat, ist daher versicherungspflichtig in der GKV, wenn er zuletzt gesetzlich krankenversichert war oder dem gesetzlichen System zuzuordnen ist. Andernfalls hat er Zugang zur privaten Krankenversicherung und ist auch zum Abschluss einer Versicherung verpflichtet.

Durch eine gesetzliche Versicherungspflicht wird auch verhindert, dass die Betroffenen selbst über den Beginn des Versicherungsschutzes entscheiden und ihn bis zu dem Zeitpunkt hinausschieben, zu dem die anfallenden Krankheitskosten die zur GKV zu entrichtenden Beiträge übersteigen.

Wer eine Zeit lang nicht seiner Versicherungs- und Beitragspflicht nachgekommen ist, muss nicht bezahlte Beiträge nachzahlen beziehungsweise in der PKV einen Prämienzuschlag leisten.



Um vermögensübersteigende Behandlungskosten zu vermeiden, soll jede Bürgerin und jeder Bürger mit Wohnsitz in Deutschland im Krankheitsfall abgesichert sein.

Versicherungsfreiheit

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. Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2018 bei einem Jahresarbeitsentgelt von 59.400 Euro (beziehungsweise 4.950 Euro monatlich). Endet hierdurch 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 Krankenkas-

se 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.

Das Prinzip der Selbstverwaltung

Im Gegensatz zu anderen Ländern wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht ausschließlich durch die Regierung oder den Staat gewährleistet, wie zum Beispiel in Großbritannien, Schweden oder Italien. Dort regeln staatliche Behörden die medizinische Versorgung und unterhalten ein steuerfinanziertes Netz aus Arztpraxen und Krankenhäusern. In Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. Das heißt: Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vor, die Versicherten und Beitragszahler sowie Leistungserbringer organisieren sich jedoch selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Zu den Einrichtungen der Selbstverwaltung gehören insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Sie sind hoheitlich handelnde Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Aufgaben lassen sich so skizzieren:

Die Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungserbringern, ziehen die Kassenbeiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Das Selbstverwaltungsorgan einer gesetzlichen Krankenkasse ist der Verwaltungsrat. Dieser setzt sich aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern zusammen, die in den alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen von den Versicherten und den Arbeitgebern gewählt werden. Der Verwaltungsrat beschließt in erster Linie das Satzungsrecht und kontrolliert den Vorstand. Der Vorstand ist hauptamtlich besetzt und übernimmt die laufenden Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse.

Für den Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung sind die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Bundesländer verantwortlich. Sie vertreten die Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Bundesländern, die für die Behandlung von Kassenpatientinnen und -patienten zugelassen sind. Deren Organe sind die Vertreterversammlungen, die wiederum von den Mitgliedern, also den Vertragsärztinnen und -ärzten, gewählt werden, und die Vorstände.

Krankenkassen, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen über die Verwendung der Mittel ihren Mitgliedern gegenüber Rechenschaft ablegen. Dazu gehört, dass der Verwaltungskostenanteil am Beitragssatz gesondert ausgewiesen wird und Vorstandsvergütungen offengelegt werden.

Die genannten Einrichtungen bilden jeweils gemeinsame, bundesweit tätige Verbände. Alle Krankenkassen sind im GKV-Spitzenverband vertreten, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der verschiedenen Bundesländer bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Die gemeinsame Selbstverwaltung

Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Sitz in Berlin. Der G-BA ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in dem die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser) gemeinsam die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung und die medizinischen Leistungen beraten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Der G-BA erlässt dafür Richtlinien, die für alle Versicherten, die gesetzlichen Krankenkassen und die an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie anderen Leistungserbringer verbindlich sind. Um dabei auch die maßgeblichen Interessen von Patientinnen und Patienten, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderun-

gen zu stärken, haben deren Organisationen auf Bundesebene mit ihren Patientenvertreterinnen und -vertretern ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA. In diesem Ratgeber wird an verschiedenen Stellen auf Richtlinien hingewiesen, die vollständig auf dessen Internetseite veröffentlicht sind (www.g-ba.de).

1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Auszubildende, Rentnerinnen und Rentner sowie freiwillig Versicherte sind als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse nicht nur verpflichtet, Beiträge zu leisten – sie haben auch einen umfassenden Leistungsanspruch.

Wer ist gesetzlich krankenversichert?

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es drei Möglichkeiten der Versicherung:

Pflichtmitgliedschaft

Zur Versicherungspflicht in der GKV führt insbesondere die Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses, der Bezug von Arbeitslosengeld I und in der Regel auch von Arbeitslosengeld II sowie weitere Umstände (☞ siehe 1.1.1).

Freiwillige Mitgliedschaft

Eine freiwillige Mitgliedschaft ist grundsätzlich im Anschluss an eine bisher bestehende Pflicht- oder Familienversicherung sowie bei einer erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung im Inland möglich (☞ siehe 1.1.3).

Familienversicherung

Kinder, Ehegattinnen und -gatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und -partner von Mitgliedern sind beitragsfrei familienversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und über ein Gesamteinkommen verfügen, das eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet (☞ siehe 1.1.4).

Versichertengruppe	Zahl in Millionen
GKV-Mitglieder und beitragsfreie GKV-Versicherte	72,4
GKV-Mitglieder	56,3
Beitragsfreie GKV-Versicherte (mitversicherte Familienangehörige und Kinder)	16,1

1.1.1 Pflichtversicherte

Wann gilt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung werden insbesondere folgende Personengruppen erfasst:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 450 Euro monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt
- Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II
- Auszubildende und Studierende unter bestimmten Voraussetzungen sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten
- Rentnerinnen und Rentner, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind
- Bezieherinnen und Bezieher einer Waisenrente oder einer entsprechenden Hinterbliebenenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung
- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Altenteiler in der Landwirtschaft

- Menschen mit Behinderungen (in Werkstätten oder Heimen)
- Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der GKV zuzuordnen sind

1.1.2 Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Welche Grenzen gelten beim Jahreseinkommen?

Wenn pflichtversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis innerhalb eines Jahres mit ihrem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) überschreiten, endet mit Ablauf des Kalenderjahres die Versicherungspflicht. Dies gilt nur, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die jeweilige Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich angepasst und liegt bei 4.950 Euro im Monat beziehungsweise 59.400 Euro im Jahr (Stand 2018).

Für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 privat krankenversichert waren (sogenannte Bestandsfälle der PKV), gilt die besondere Versicherungspflichtgrenze. Sie liegt bei 4.425 Euro monatlich beziehungsweise 53.100 Euro im Jahr (Stand 2018). Die jeweilige Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich von der Bundesregierung festgelegt.

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.

1.1.3 Freiwillig Versicherte

Wer kann sich freiwillig gesetzlich krankenversichern?

Für Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und für Selbstständige, die mit Aufnahme ihrer Tätigkeit aus der Versicherungspflicht in der GKV ausscheiden, bestehen zwei Möglichkeiten: als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu bleiben oder in eine private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln. Zunächst weist die Krankenkasse das Mitglied auf das Ende der Versicherungspflicht und die damit bestehenden Möglichkeiten zu Austritt und Weiterversicherung hin. Wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen danach erklärt, ist ein sofortiger Wechsel in eine PKV möglich. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die bisherige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft fort.

Um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unabhängig von der Höhe ihres Einkommens mindestens einmal in ihrem Erwerbsleben die Chance auf eine GKV-Mitgliedschaft zu eröffnen, wurde eine Ausnahme von dem Grundsatz gemacht, dass eine freiwillige Mitgliedschaft grundsätzlich nur im Anschluss an eine vorangehende Pflicht- oder Familienversicherung möglich ist: Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die erstmals in Deutschland eine Beschäftigung aufnehmen und damit über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen, sind mit Beschäftigungsbeginn versicherungsfrei. Sie haben die Möglichkeit, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als freiwilliges Mitglied beizutreten. Das gilt auch, wenn sie zuvor privat krankenversichert waren und die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen.

Freiwillig versichern können sich außerdem:

- Schwerbehinderte nach Feststellung der Behinderung, wenn sie, ein Elternteil oder ihre Ehegattin oder ihr Ehegatte beziehungsweise ihre eingetragene Lebenspartnerin oder ihr eingetragener Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre gesetzlich krankenversichert waren. Allerdings kann die Satzung der Krankenkasse 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.

1.1.4 Familienversicherte

Wann sind Ehegattinnen und -gatten, Lebenspartnerinnen und -partner sowie Kinder mitversichert?

Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und 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 nicht regelmäßig überschreitet. Voraussetzung für die Familienversicherung ist auch, dass die Angehörigen nicht anderweitig versicherungspflichtig, versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Nach Beendigung der Familienversicherung kann der Versicherungsschutz in der Regel durch eine eigene freiwillige Versicherung fortgesetzt werden.

Besonderheiten:

- Während Mutterschutz und Elternzeit bleiben vorher Pflichtversicherte weiterhin Mitglied, müssen in dieser Zeit aber keine Beiträge aus dem Elterngeld zahlen. Der Versicherungsstatus bleibt also erhalten, sodass Eltern in dieser Zeit auch nicht familienversichert sein können.

- Freiwillige Mitglieder, die vor der Elternzeit beziehungsweise vor dem Elterngeldbezug versicherungsfrei waren, weil ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, sind im Anschluss an den Bezug von Mutterschaftsgeld für die Dauer der Elternzeit beziehungsweise des Elterngeldbezuges unter der Voraussetzung beitragsfrei mitversichert, dass der Ehepartner Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist und „dem Grunde nach“ (ohne die eigene freiwillige Mitgliedschaft) ein Anspruch auf Familienversicherung bestehen würde. Anderenfalls sind (Mindest-)Beiträge zu zahlen.
- Selbstständige, die Elterngeld beziehen, müssen grundsätzlich weiterhin (Mindest-)Beiträge zahlen.
- 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.

Wie lange sind Kinder beitragsfrei mitversichert?

Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern ist zeitlich begrenzt. Kinder können grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei nicht erwerbstätigen Kindern bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenkasse mitversichert werden. Befindet sich das Kind in Schul- oder Berufsausbildung oder leistet es einen Freiwilligendienst (Bundesfreiwilligendienst – BFD; freiwilliges soziales Jahr – FSJ; freiwilliges ökologisches Jahr – FÖJ), dann endet die Familienversicherung mit Vollendung des 25. Lebensjahres.

Wurde die Schul- oder Berufsausbildung durch einen Freiwilligendienst (BFD oder FSJ beziehungsweise FÖJ) oder den freiwilligen Wehrdienst des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für die Dauer von höchstens zwölf Monaten. Dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht (Wehr- oder Zivildienst) für den entsprechenden Zeitraum.



Kinder können grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenkasse mitversichert werden.

Studierende sind nach dem Ende der Familienversicherung grundsätzlich bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig. Dabei zahlen sie einen besonders niedrigen Beitrag von derzeit 66,33 Euro zur Krankenversicherung zuzüglich des Zusatzbeitrags, den die Krankenkassen von ihren Mitgliedern erheben können.

Fachschülerinnen und Fachschüler können der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitglieder beitreten und zahlen den gleichen Beitrag wie Studentinnen und 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.

Welche Einkommensgrenze gilt für mitversicherte Angehörige?

Die Einkommensgrenze liegt bei 435 Euro monatlich (Stand 2018). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro monatlich. Das Gesamteinkommen ist laut Gesetz die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Dazu zählt vor allem das Arbeitseinkommen. Unterhaltszahlungen werden bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht berücksichtigt.

Gut zu wissen



Sie sind nicht krankenversichert?

Wenn Sie zuletzt gesetzlich versichert waren, wenden Sie sich an Ihre ehemalige gesetzliche Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolgerin. Wenn Sie zuletzt privat versichert waren, wenden Sie sich für weitere Auskünfte an Ihre frühere private Krankenversicherung, an ein anderes Versicherungsunternehmen oder an eine Verbraucherberatung. Wenn Sie bisher weder gesetzlich noch privat versichert waren, können Sie sich an jede gesetzliche Krankenkasse wenden, um zu klären, ob Sie der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Informationen hierzu erhalten Sie auch beim Bürger-telefon des Bundesgesundheitsministeriums unter 030/340 60 66 - Sprechzeiten: montags bis donnerstags von 8 Uhr bis 18 Uhr, freitags von 8 Uhr bis 15 Uhr.

Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter Fax 030/340 60 66-07 oder per E-Mail an: info.gehoerlos@bmg.bund.de.

1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten

Selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten sind nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pflichtversichert.

Kurz erklärt

Wie funktioniert die Künstlersozialversicherung (KSV)?

Selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten zahlen wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Hälfte der Beiträge an die Künstlersozialkasse (KSK), die andere Hälfte wird über die KSK aus einem Zuschuss des Bundes und durch die von Verwertern auf die Honorare zu zahlende Künstlersozialabgabe aufgebracht. Wie bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern hängt die Höhe der Beiträge vom Arbeitseinkommen ab. Das versicherte Mindesteinkommen beträgt 3.900 Euro jährlich, Ausnahmen gibt es bei schwankendem Einkommen und für Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger.

1.2 Beiträge

1.2.1 Beitragshöhe

Wonach bemessen sich die Beiträge?

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge (hierzu zählen auch die individuellen Zusatzbeiträge der Krankenkassen,  siehe auch Kapitel 1.3) bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei Pflichtversicherten sind dies Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (mit Ausnahme der Waisenrentner), Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrenten) sowie Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Freiwillige Mitglieder zahlen darüber hinaus Beiträge aus sonstigen Einnahmen, wie zum Beispiel aus Kapitaleinkünften oder aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.

Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 4.425 Euro im Monat beziehungsweise 53.100 Euro im Jahr (Stand 2018) berücksichtigt.

Kurz erklärt

Beitragssätze

In der GKV unterscheidet man zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz gilt grundsätzlich für Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte) mit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen. Aber auch bei der Beitragsbemessung aus gesetzlichen Renten beziehungsweise Versorgungsbezügen findet der allgemeine Beitragssatz Anwendung.

Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beziehungsweise Rentnerinnen und Rentner sowie Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger tragen die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente jeweils zur Hälfte.

Zusätzlich zu den nach dem allgemeinen beziehungsweise ermäßigten Beitragssatz ermittelten Beiträgen können Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben (☑ siehe Kapitel 1.3).

Wann gilt ein ermäßigter Beitragssatz?

Der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 Prozent der Bruttoeinnahmen gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2018

Versichertengruppe	
Allgemeiner Beitragssatz (Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag)	14,6 %
Ermäßigter Beitragssatz (kein Krankengeldanspruch)	14,0 %
Beitragssatz aus Versorgungsbezügen	14,6 %
Beitragssatz aus gesetzlicher Rente	14,6 %
Pflegeversicherung (Personen ohne Kinder zuzüglich 0,25 %)	2,5 % (2,8 %)
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	4.425 €
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	53.100 €

Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig Versicherte in der GKV pro Monat

Personenkreis freiwillig Versicherte	Anspruch auf Krankengeld*	Beitrag für die Krankenversicherung
Über der Versicherungspflichtgrenze verdienende Arbeitnehmer/innen	ja	646,05 €* **
Allgemein (Mindestbemessungsgrundlage: 1.015 €)	nein	148,19 €*
Selbstständige (Mindestbemessungsgrundlage: 2.283,75 €)	nein	319,73 €*
	ja	333,43 €*
Existenzgründer/innen § 57 SGB III oder § 421 I SGB III (Mindestbemessungsgrundlage: 1.522,50 €)	nein	213,15 €*
	ja	222,29 €*
Höchstbeitrag für Selbstständige, Existenzgründer/innen	nein	619,50 €*
	ja	646,05 €*
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein	646,05 €*
Freiwillig versicherte Studierende	nein	mind. 148,19 €* bzw. mind. 103,73 € bei Examenkandidaten

* Daneben können Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben.

** Beitragszuschuss des Arbeitgebers: 323,03 €.

1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner

Versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner müssen neben den Beiträgen aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung auch für sogenannte Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrenten) Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Das gilt auch für Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben der Rente erzielt wird.

Den Arbeitgeberanteil der Krankenversicherung übernimmt der zuständige Rentenversicherungsträger. Die Krankenkassenbeiträge für Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit müssen Rentnerinnen und Rentner allein zahlen.

Für versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher einer Waisenrente beziehungsweise einer der gesetzlichen Waisenrente vergleichbaren Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung besteht innerhalb bestimmter Altersgrenzen Beitragsfreiheit für die Waisenrente beziehungsweise für die vergleichbare Leistung der berufsständischen Versorgungseinrichtung.

Bei freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern werden alle Einnahmen der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Nacheinander werden dabei Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und sonstige Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (☑ siehe Kapitel 1.2.1 Beitragshöhe) berücksichtigt. Zu sonstigen Einnahmen zählen Bezüge, die für die sogenannte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds relevant sind – zum Beispiel Mieteinnahmen. Freiwillige Mitglieder tragen den Beitrag grundsätzlich allein. Sie erhalten jedoch vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den aus der Rente zu zahlenden Beiträgen. Der Zuschuss beträgt 7,3 Prozent der Rente (Stand 2018).

Was sind Versorgungsbezüge?

Versorgungsbezüge sind Leistungen, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Hierzu zählen:

- 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 Staatssekretärinnen und Staatssekretäre sowie Ministerinnen und Minister,
- Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe eingerichtet sind,
- Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirtinnen und Landwirte mit Ausnahme von Übergangshilfen,
- Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung.



Für versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner gelten eigene Beitragsregelungen.

Wie werden Kapitalleistungen behandelt?

Versorgungsbezüge sind – unabhängig davon, ob sie laufend oder einmalig gezahlt werden – als der Rente vergleichbare Einnahmen beitragspflichtig.

Bei einer einmaligen Auszahlung sieht die gesetzliche Regelung vor, dass die Beiträge nicht in einer Summe fällig werden, sondern auf zehn Jahre gestreckt werden und der jeweilige Jahresbeitrag auf die Monate verteilt wird. So wird die Vergleichbarkeit mit einer laufenden Zahlung hergestellt.

Die Beitragspflicht einer Kapitalauszahlung besteht dementsprechend für 120 Monate.

1.2.3 Eigene Regelung für 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. Das gilt allerdings erst mit Bewilligung der beantragten Leistung – in der Regel auch rückwirkend.

1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige

Sie können sich Ihre Krankenkassenbeiträge nicht mehr leisten? Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger sind den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei den Gesundheitsleistungen gleichgestellt. Dementsprechend erhalten sie wie andere Versicherte eine Krankenversichertenkarte. Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) sind automatisch pflichtversichert in der GKV.

Wenn Menschen bedürftig werden, gilt: Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger bleiben in ihrer bisherigen Krankenkasse beziehungsweise bei ihrem bisherigen privaten Versicherungsunternehmen versichert. Waren sie bislang nicht versichert, 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 ist, dass mit der Übernahme Hilfsbedürftigkeit vermieden werden kann. Nicht erwerbsfähige Personen – also Menschen ab 65 Jahren und Personen, die voll erwerbsgemindert sind – können Leistungen der Sozialhilfe erhalten. Für sie liegt die Zuständigkeit bei den örtlichen Sozialhilfeträgern. Auch wenn nicht erwerbsfähige Personen nur durch die Zahlung der Krankenkassenbeiträge hilfsbedürftig würden, müssten die Träger der Sozialhilfe Pflichtbeiträge im erforderlichen Umfang übernehmen.

Voraussetzung für einen Anspruch ist jeweils, dass kein ausreichendes eigenes Einkommen und Vermögen existiert. Hilfsbedürftige müssen wie bei der Gewährung von ALG II und Sozialhilfe auch zunächst alle Möglichkeiten nutzen, den entstandenen Bedarf selbst zu decken. Dabei gelten die gleichen Freibeträge und Grenzen für Schonvermögen.

PKV-versicherte Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe sowie ALG II haben grundsätzlich Anspruch auf einen Zuschuss zu den Beiträgen für ihre private Krankenversicherung. Das gilt auch für 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 in der GKV sind.

1.3 Zusatzbeiträge

Seit dem 1. Januar 2015 gilt für die gesetzlichen Krankenkassen der einheitliche allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent. Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil belaufen sich paritätisch auf jeweils 7,3 Prozent. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, können darüber hinaus einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben.

Diese Zusatzbeiträge können von Krankenkasse zu Krankenkasse variieren. Die Versicherten erhalten damit auch weiterhin Preissignale im Hinblick auf die Wahl ihrer Krankenkasse. Mit diesen Maßnahmen wurde zudem die Beitragsautonomie der Krankenkassen gestärkt, was dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um eine hochwertige und effiziente Versorgung zugutekommt.

Eine Übersicht über die aktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter www.gkv-spitzenverband.de.

Soweit eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht, steht den Mitgliedern die Möglichkeit offen, ihre Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregeln zu wechseln (☞ siehe auch Kapitel 1.5).

Mitversicherte Kinder und Partnerinnen oder Partner (Familienversicherte) zahlen keinen Zusatzbeitrag. Bei Angestellten wird der Zusatzbeitrag direkt vom Arbeitgeber an die Krankenkassen abgeführt. Bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sowie Bezieherinnen und Bezieher einer Grundsicherung übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

Für einige Personengruppen gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, zum Beispiel für Geringverdienende, Auszubildende (Arbeitsentgelt bis 325 Euro) sowie Auszubildende in Einrichtun-

gen der Jugendhilfe und Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Für das Jahr 2018 wurde nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,0 Prozent festgesetzt.

1.4 Wahltarife und Bonusprogramme

1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten auch Wahltarife. Die Versicherten haben dadurch mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Vergleichbarkeit der Angebote. Sie sollen so von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen profitieren. Es gibt Wahltarife, die von allen Krankenkassen angeboten sind, und darüber hinaus optionale Wahltarife, die angeboten werden können.

Wahltarife im Überblick

Pflichtangebote der Kassen	Freiwillige Angebote der Kassen
Wahltarif für Integrierte Versorgung	Selbstbehalttarif
Hausarzttarif (hausarztzentrierte Versorgung)	Kostenerstattungstarif
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	Tarife für besondere Arzneimitteltherapien
Krankengeldtarif für Selbstständige	Beitragsrückerstattungstarif und weitere

Wahltarife im Pflichtangebot 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 diesen integrierten Versorgungsnetzen können neben Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch nichtärztliche Leistungserbringer wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten eingebunden werden. Dadurch werden Mehrfachuntersuchungen vermieden und die Behandlung wird individuell verbessert.

Hausarzttarif (hausarztzentrierte Versorgung)

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

Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme

Für chronisch Kranke ist eine kontinuierliche, gut abgestimmte Behandlung besonders wichtig. Ob für Diabetes mellitus (Typ 1 und 2), koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Brustkrebs: Millionen Versicherte profitieren inzwischen bundesweit von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme – DMP). In den Programmen sind unter anderem regelmäßige Kontrolluntersuchungen, hochwertige medizinische Leistungen und die Teilnahme an Schulungsprogrammen vorgesehen.

Krankengeldtarif für Selbstständige

Bestimmte Versicherte wie hauptberuflich Selbstständige oder befristet Beschäftigte können sich mit diesem Tarif einen

Krankengeldanspruch sichern. Für den Krankengeldtarif mit Krankengeldanspruch ab Beginn beziehungsweise innerhalb der ersten sechs Wochen der Krankheit verlangt die Kasse einen Prämienzuschlag. Dieser Wahltarif darf keine Staffelungen nach Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko enthalten. Oder sie zahlen den allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung und haben damit den gesetzlichen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit.

Freiwillige Wahltarifangebote der Krankenkassen

Die Kassen können ihren Versicherten eine ganze Reihe freiwilliger Wahltarife anbieten. Die wichtigsten Tarife:

Selbstbehalttarif

Alle gesetzlich Versicherten können sich für Selbstbeteiligung entscheiden, wenn die Krankenkasse diesen Tarif anbietet. Damit verpflichten sie sich, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhalten die Versicherten eine Prämie.

Durchgerechnet



So funktioniert der Selbstbehalttarif – ein Beispiel

Die Kasse zahlt eine Prämie in Höhe von 600 Euro pro Jahr. Diesen Betrag erhalten Versicherte in jedem Fall. Im Gegenzug verpflichten sie sich, eventuell anfallende Behandlungskosten – für Ärztin, Arzt, Arzneimittel oder Klinik – bis zu einer Höhe von 1.000 Euro selbst zu bezahlen.

Das bedeutet: Liegen die 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 können, kann sich ein solcher Selbstbehalt also lohnen.

Kostenerstattungstarif

Entscheiden sich Versicherte für eine Kostenerstattung, erhalten sie medizinische Leistungen wie in der privaten Krankenversicherung gegen Rechnung. Diese reichen sie dann 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. Dafür fallen dann zusätzliche Prämien an.

Tarife für besondere Arzneimitteltherapien

Wer alternative Therapien – zum Beispiel mit homöopathischen Arzneimitteln – in Anspruch nehmen möchte, kann dafür bei manchen Kassen einen besonderen Tarif wählen. Für diese Ausweitung des Leistungsanspruchs wird dann eine zusätzliche Prämie fällig.

Beitragsrückerstattungstarif

Manche Krankenkassen bieten das Beitragsrückvergütungsmodell an – bei manchen Kassen auch als Prämientarif bekannt. Wer dabei ein Jahr lang keine ambulante medizinische Behandlung benötigt oder keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nimmt, erhält abhängig vom Wahltarif Geld zurück. Vorsorgeuntersuchungen gelten dabei in der Regel nicht als in Anspruch genommene Leistungen der Krankenkasse.

Bindungsfristen der Wahltarife

Wie lange sind Wahltarife für Versicherte bindend? Die Bindungsfristen wurden für alle Wahltarife auf ein Jahr begrenzt – mit zwei Ausnahmen: Beim Krankengeldtarif für Selbstständige und beim Selbstbehalttarif beträgt die Bindungsfrist drei Jahre. Für die besonderen Versorgungsformen gibt es keine Mindestbindungsfrist.

1.4.2 Bonusprogramme

Passende Bonussysteme

Die Krankenkassen bieten Bonusprogramme für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten an. Dazu gehört zum Beispiel die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder Präventionsprogrammen. Die Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Sie muss dabei selbst bewerten, mit welchen finanziellen Anreizen sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten motiviert. Möglich ist zum Beispiel die Zahlung von Prämien. Arbeitgeber können ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie in ihren Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Jede Krankenkasse hat andere Angebote. Es lohnt sich also zu prüfen, welche Angebote den individuellen Bedürfnissen am besten entgegenkommen.



Für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten bieten die Krankenkassen Bonusprogramme an.

1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen

Erweiterte Leistungen der Krankenkassen

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird laufend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angepasst. Die von ihm festgelegten erforderlichen medizinischen Leistungen bieten alle gesetzlichen Krankenkassen an. Darüber hinaus können sich Leistungsumfang und -qualität leicht unterscheiden. Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Satzungsleistungen stehen im Ermessen der Krankenkassen und können im Wettbewerb der Krankenkassen eingesetzt werden. Manche Krankenkassen bieten zum Beispiel Satzungsleistungen bei der häuslichen Krankenpflege oder bei der Haushaltshilfe an. Je nach persönlichen Bedürfnissen können sich daraus Vorteile ergeben. Jede Krankenkasse kann diese Leistungen in ihrer Satzung festlegen. Die Kassen informieren ihre Mitglieder über jede Satzungsänderung, zum Beispiel in ihren Mitgliederzeitschriften.

Private Zusatzversicherungen

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen auch mit privaten Krankenversicherungsunternehmen kooperieren. Als Ergänzung zu ihren Leistungen können sie Zusatzpolicen vermitteln – beispielsweise für Brillen, Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus, Naturheilverfahren oder eine Auslandsreisekrankenversicherung. Vergleichen Sie auch hier Preise und Leistungen.

1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV

Für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Selbstständigen ohne Anspruch auf Krankengeld gilt der einheitliche ermäßigte Beitragssatz, der seit dem 1. Januar 2015 14,0 Prozent beträgt. Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch – also keinen Anspruch auf die Fortzahlung eines Entgelts im Krankheitsfall. Da Selbstständige ihren

Verdienst selbst erwirtschaften, müssen sie sich für eine Fortzahlung auch selbst gegen einen Verdienstaufschlag versichern. Dafür bietet die gesetzliche Krankenversicherung zwei Möglichkeiten:

- 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.
- Allgemeiner Beitragssatz: Der Beitragssatz von 14,6 Prozent (statt des ermäßigten von 14,0 Prozent) deckt den „gesetzlichen“ Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit ab.

Für hauptberuflich Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt je nach Krankengeldanspruch ein Mindestbeitrag von etwa 320 bis 333 Euro (Stand 2018). Liegt Bedürftigkeit vor, kann dieser Beitrag auf etwa 213 bis 222 Euro reduziert werden (☑ siehe Kapitel 1.2). Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

Wann ein hauptberuflich Selbstständiger als „bedürftig“ anzusehen ist, hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in den sogenannten Beitragsverfahrensgrundsätzen geregelt, die seit dem 1. Januar 2009 für alle Krankenkassen verbindlich gelten. So wird zum Beispiel das Einkommen der Personen berücksichtigt, die mit der oder dem Selbstständigen zusammenleben (Bedarfsgemeinschaft), um sachlich ungerechtfertigte Privilegierung zu vermeiden. Insoweit bedeutet diese Regelung keine generelle Absenkung des Mindestbeitrags, sie ist nur eine „Ausnahme von der Regel“ für bedürftige Selbstständige. Für nähere Informationen sollten Betroffene sich an ihre Krankenkasse wenden.

1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse

Versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder können grundsätzlich eine der folgenden Krankenkassen frei wählen (☑ siehe unten). Ausnahme: Das allgemeine Kassenwahlrecht gilt nicht für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, weil nur diese Leistungen anbietet, die auf die besonderen Belange der Landwirtschaft zugeschnitten sind.

Welche Wahlmöglichkeiten gibt es in der GKV?

Als versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied können Bürgerinnen und Bürger grundsätzlich eine der folgenden Krankenkassen frei 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 eine Beschäftigung in einem Betrieb besteht – oder vor dem Rentenbezug bestand –, für den eine BKK oder IKK existiert, 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,
- die Krankenkasse, bei der die Ehegattin oder der Ehegatte versichert ist,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder -berechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat.

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

1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?

Gesetzliche Krankenkassen nutzen eine Vielzahl von Möglichkeiten, um sich auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Versicherten einzustellen. Dazu gehören Wahltarife, Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Auch die Höhe des Zusatzbeitragssatzes einer Krankenkasse ist ein wichtiges Auswahlkriterium für Versicherte. Vor einer Entscheidung lohnt es, sich von unabhängigen Verbraucherorganisationen wie den Verbraucherzentralen (www.vzbv.de) oder der Stiftung Warentest (www.test.de) beraten zu lassen.

Die wichtigsten Fragen bei einem Wechsel

- Welche speziellen Wahltarife bietet die Krankenkasse?
- Wie hoch ist der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse?
- Wer bietet die beste Beratung?
- Ist die persönliche Beratung vor Ort wichtig oder reicht eine telefonische Beratung oder eine Beratung via Internet?
- Welche Zusatzleistungen bietet die Krankenkasse?
- Welche Behandlungsprogramme werden angeboten?
- Welches Bonussystem passt individuell am besten?
- Was ist bei einer Kündigung zu beachten?

1.5.2 Kündigung

Der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können sich regelmäßig neu für den Verbleib in ihrer Krankenkasse oder den Wechsel zu einer anderen Krankenkasse entscheiden.

Die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse kann gekündigt werden, wenn die gesetzliche Mindestbindungsfrist von 18 Monaten für die Wahl der Krankenkasse erfüllt ist. Diese Wahlmöglichkeit besteht gleichermaßen für pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder. Die Kündigung wirkt zum Ende des übernächsten

Kalendermonats – gerechnet von dem Monat an, in dem die Kündigung ausgesprochen 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 gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschieht dies durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung, die von der neu gewählten Krankenkasse ausgestellt wird.

Welche Kündigungsfristen gelten?

An die Wahl der neuen Krankenkasse ist das Mitglied erneut 18 Monate gebunden. Diese Bindungsfrist soll unter anderem 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 in folgenden Fällen:

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

Sonderkündigungsrecht

Mitglieder einer Krankenkasse haben ein Sonderkündigungsrecht, wenn ihre Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag erhebt oder sie ihren Zusatzbeitragssatz erhöht. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft auch dann beendet werden, wenn sie noch keine 18 Monate bestanden hat. Dazu muss die Kündigung gegenüber der Krankenkasse bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird.

Zu diesem Zweck muss die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor dem oben genannten Zeitpunkt auf das Sonderkündigungsrecht sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V hinweisen. Übersteigt der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, hat die Krankenkasse in ihrem Hinweisschreiben zusätzlich darauf aufmerksam zu machen, dass ein Wechsel in eine günstigere Krankenkasse möglich ist. Erfolgt der Hinweis verspätet, verschiebt sich entsprechend die Frist, in der das betroffene Mitglied sein Sonderkündigungsrecht ausüben kann. Er wird dann rechtlich so gestellt, als wäre der Hinweis der Krankenkasse rechtzeitig erfolgt. Das Sonderkündigungsrecht befreit zwar von der 18-monatigen Bindungsfrist, nicht aber von dem erhöhten Zusatzbeitrag im Zeitraum bis zum Krankenkassenwechsel.

Vereinigen sich mehrere Krankenkassen zu einer neuen Krankenkasse, steht den Mitgliedern ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn die neu entstandene Krankenkasse einen höheren Zusatzbeitragssatz erhebt.

Kündigung eines Wahltarifs

Versicherte, die einen Wahltarif abgeschlossen haben, sind an die Krankenkasse während der Laufzeit gebunden – das heißt in der Regel ein Jahr, bei einem Selbstbehalttarif drei Jahre. In dieser Zeit ist ein Krankenkassenwechsel nicht möglich.

Es besteht allerdings auch bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs die Möglichkeit, die Mitgliedschaft durch Ausübung eines Sonderkündigungsrechts vor Ablauf der Mindestbindungsfristen zu beenden, wenn die Krankenkasse – wie oben dargestellt – einen Zusatzbeitrag erhebt oder diesen erhöht. Ausgenommen von diesem Sonderkündigungsrecht ist allein der Wahltarif für Krankengeld. Außerdem haben die Satzungen der Krankenkassen für alle Wahltarife ein Sonderkündigungsrecht für besondere Härtefälle vorzusehen.

Wie läuft eine Kündigung ab?

Versicherte müssen ihrer Krankenkasse schriftlich kündigen. Diese ist verpflichtet, unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Nach Vorlage der Kündigungsbestätigung stellt die neue Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung aus. Mit der Vorlage dieser neuen Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle (bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ist dies in der Regel der Arbeitgeber) wird die 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 (zum Beispiel eine private Krankenversicherung), damit die Kündigung wirksam wird.

1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse

Wird eine Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen oder der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt, hat sie ihre Mitglieder unverzüglich hierüber zu unterrichten sowie darüber, dass Versicherungspflichtige innerhalb von sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt eine neue Krankenkasse wählen müssen. Das Schreiben muss eine Liste aller Krankenkassen enthalten, zwischen denen die Mitglieder wählen können, sowie einen Vordruck für die Wahl einer neuen Krankenkasse. Dieses Formular können die Mitglieder an ihre bisherige Krankenkasse zurücksenden, sodass sie den Krankenkassenwechsel vollziehen können, ohne selbst eine Geschäftsstelle aufsuchen zu müssen. Machen sie hiervon keinen Gebrauch, sollten Betroffene den Aufnahmeantrag persönlich abgeben oder per Post mit Rückschein senden. Dann haben sie einen schriftlichen Nachweis, wenn die Krankenkasse lange nicht reagiert oder behauptet, den Antrag nicht erhalten zu haben.

Weiterhin gilt: Jede Krankenkasse muss jede versicherte Person aufnehmen. Das gilt, egal welche Erkrankungen vorliegen, wie alt die Person ist oder wie viel sie verdient. Die neue Krankenkasse muss Leistungen wie Heil- und Hilfsmittel, die die alte Krankenkasse bezahlt hat, weiterbezahlen.

1.6 Versicherungsschutz im Ausland

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

In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern) sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz (Europäischer Wirtschaftsraum – EWR) haben Versicherte bei vorübergehenden Aufenthalten Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen. Dabei gelten dieselben Bedingungen wie für die Versicherten des Gastlandes.

Mit einigen weiteren Ländern wie zum Beispiel Israel, Tunesien oder der Türkei wurden Sozialversicherungsabkommen getroffen, die auch den Krankenversicherungsschutz einschließen.

Vor einem Urlaub in den oben genannten Ländern sollten Versicherte mit ihrer Krankenkasse sprechen und sich gegebenenfalls eine „Europäische Krankenversicherungskarte“ (European Health Insurance Card – EHIC) oder eine Anspruchsbescheinigung ausstellen lassen. (Die EHIC kann auch auf der Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte aufgedruckt werden.)

Nähere Informationen zum Leistungsumfang und zu den Besonderheiten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen des Gastlandes gibt jede Krankenkasse.



Vor einem Auslandsaufenthalt sollten Versicherte mit ihrer Krankenkasse sprechen. Diese gibt nähere Informationen zum entsprechenden Leistungsumfang.

Versicherte, denen dieser Versicherungsschutz nicht ausreicht, können sich gegen mögliche Erkrankungen oder einen Unfall zusätzlich privat absichern.

Nachträgliche Erstattung einer Behandlung im Ausland

Wenn Versicherte eine Ärztin, einen Arzt, eine Zahnärztin, einen Zahnarzt 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

erstattet werden. Die Krankenkasse kann darüber hinaus Abschläge vornehmen – zum Beispiel für erhöhte Verwaltungskosten. Versicherte sollten sich daher am besten vor einer Behandlung im europäischen Ausland bei ihrer Krankenkasse informieren, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt. Bei Zahnersatzbehandlung ist vorher eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen, um einen Anspruch auf den Festzuschuss geltend machen zu können.

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

Wenn keine private Auslandsrankenversicherung für eine Behandlung außerhalb der EU abgeschlossen werden kann

Gesetzliche Krankenkassen können maximal sechs Wochen im Kalenderjahr die Kosten von unverzüglich erforderlichen Behandlungen bei privaten Auslandsreisen auch in Staaten außerhalb der EU und des EWR übernehmen. Voraussetzung ist, dass Versicherte wegen einer Vorerkrankung oder ihres Alters keine private Auslandsrankenversicherung abschließen können. 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.

Wann zahlt eine Kasse, wenn Behandlungen nur im Ausland möglich sind?

Krankenkassen können ausnahmsweise die Kosten für eine erforderliche Behandlung außerhalb der Europäischen Union und des EWR ganz oder teilweise übernehmen. Die Bedingung: wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur dort möglich ist.

1.7 Private Krankenversicherung (PKV)

Wie bei anderen privaten Versicherungen gilt auch bei der privaten Krankenversicherung (PKV) Vertragsfreiheit. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt für die Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein Zwang, Versicherungsverträge abzuschließen zu müssen. Antragstellerinnen und Antragsteller können also auch wegen Vorerkrankungen oder aufgrund des Alters abgelehnt werden. Die Ausnahme: Versicherte, die die Voraussetzung für eine Versicherung im Basistarif erfüllen (☑ siehe unten). Bürgerinnen und Bürger, die privat krankenversichert sind, müssen zusätzlich eine private Pflegeversicherung abschließen.

Wie bemessen private Krankenversicherungen die Beiträge?

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 bei Abschluss des Versicherungsvertrags. Dieses hängt von verschiedenen Faktoren ab – insbesondere vom Eintrittsalter und der individuellen Invaliditäts- und Krankheitsgefahr. Außerdem ist der vereinbarte Leistungsumfang für die Prämienhöhe von Bedeutung; zum Beispiel durch die Vereinbarung von Selbstbehalten kann die Höhe der Prämie in der Regel reduziert werden. Das Geschlecht spielt bei der Berechnung der Beitragshöhe keine Rolle mehr.

Wie funktioniert der Basistarif in der PKV und wer hat Anspruch darauf?

Alle privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen den Basistarif anbieten. Für diesen Tarif besteht Kontrahierungszwang – das bedeutet: Versicherte, die die Voraussetzungen erfüllen (☑ siehe rechts), dürfen in diesem Tarif nicht abgewiesen werden. Zuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Leistungen wegen eines erhöhten gesundheitlichen Risikos sind hier nicht zulässig. Die Behandlung der Versicherten im Basistarif wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar. Der Versicherungsbeitrag darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Der Beitrag im Basistarif wird jeweils zum 1. Januar eines Jahres neu ermittelt (Stand 1. Januar 2018: 690,31 Euro). Kann jemand den Beitrag aufgrund von Hilfsbedürftigkeit (im Sinne des Sozialrechts) nicht bezahlen, wird die Prämie halbiert. Ist auch das zu viel, leistet der Grundsicherungs- beziehungsweise Sozialhilfeträger Zuschüsse im erforderlichen Umfang, um Hilfsbedürftigkeit zu vermeiden. Der Basistarif steht grundsätzlich allen Personen offen, die sich nach dem 1. Januar 2009 neu in der PKV versichert haben beziehungsweise versichern, sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die ehemals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, freiwilligen Mitgliedern der GKV innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit zur PKV sowie beihilfeberechtigten Personen zur Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs. Das Versicherungsunternehmen ist dabei frei wählbar.

Auch bereits PKV-Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können unter bestimmten Voraussetzungen und unter Anrechnung der erworbenen Alterungsrückstellungen in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens wechseln. Diese Möglichkeit besteht, wenn sie über 55 Jahre alt sind oder Beamtenpension beziehungsweise Rente beziehen oder finanziell hilfsbedürftig sind.

Wie funktioniert der Standardtarif in der PKV und wer hat Anspruch darauf?

Darüber hinaus besteht für bestimmte ältere PKV-Versicherte sowie unter anderem für Personen im Ruhestand beziehungsweise für Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher die Möglichkeit, unter Anrechnung der Alterungsrückstellung in den sogenannten Standardtarif des bisherigen Versicherungsunternehmens zu wechseln. Von dieser Möglichkeit können jedoch nur Personen Gebrauch machen, die bereits am 31. Dezember 2008 privat krankenversichert waren. Der Beitrag im Standardtarif darf den Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Für Ehepaare ist der Beitrag auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der gesetzlichen

Krankenversicherung begrenzt. Die Leistungen im Basis- und Standardtarif sind vergleichbar mit den Leistungen, für die von der GKV die Kosten übernommen werden.

Wann können freiwillige Mitglieder der GKV in die PKV wechseln?

Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Wechsel in eine private Krankenversicherung jederzeit unter Beachtung der Kündigungsfristen möglich.

Gut zu wissen



Sie überlegen, aus einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer privaten Krankenversicherung zu wechseln?

Jede beschäftigte Person, für die die Regelungen zur freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse zutreffen, kann sich alternativ auch privat versichern.

Beratungsgespräche über die Beitrags- und Prämienkonditionen und die Leistungsunterschiede der verschiedenen Systeme sind mit den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu führen. Bei der Entscheidung sollte auch bedacht werden, dass ein beliebiger Wechsel zurück in die GKV nach den gesetzlichen Regelungen ausgeschlossen ist. Das ist insbesondere im Alter relevant.

Bei einem Wechsel von der GKV zur PKV 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 ausspricht. 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.

1.7.1 Alterungsrückstellungen

Was sind Alterungsrückstellungen?

Alle privat Krankenversicherten zahlen in jüngeren Jahren einen höheren Versicherungsbeitrag, als es zur Absicherung ihrer Krankheitskosten notwendig wäre. Durch diesen höheren Beitrag (die Differenz wird als Alterungsrückstellung bezeichnet) sollen die oftmals steigenden Krankheitskosten im Alter ausgeglichen werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Versicherungsprämien in späteren Lebensjahren weniger stark ansteigen. Je länger eine Versicherte oder ein Versicherter einzahlt, desto höher ist die Alterungsrückstellung.

Was passiert bei einem Tarif- oder Versicherungswechsel mit Alterungsrückstellungen?

Grundsätzlich gilt: Beim Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens werden die Alterungsrückstellungen in voller Höhe übertragen.

Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens können Versicherte die Alterungsrückstellung nur mitnehmen, wenn sie ihren Versicherungsvertrag nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben. In diesem Fall ist das bisherige Unternehmen zur Mitgabe der aufgebauten Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob Versicherte bei dem neuen Versicherungsunternehmen in den Basistarif oder einen sonstigen Tarif wechseln.

1.7.2 Prämiensteigerungen in der privaten Krankenversicherung

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, müssen die Prämien in der PKV entsprechend dem Wert des Versicherungsschutzes risikogerecht festgesetzt werden. Da der Versicherer das Risiko des einzelnen

Menschen jedoch nur in einer Gefahrengemeinschaft versichern kann, werden die Beiträge aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten einer Tarif-, Alters- und Personengruppe errechnet. Die Kostensteigerungen, die in den letzten Jahren auch im Bereich der privaten Krankenversicherung zu beobachten waren, sind auf allgemeine Leistungsausweitungen im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt zurückzuführen.

Privat krankenversicherte Personen haben verschiedene Möglichkeiten, steigenden Versicherungsbeiträgen aktiv zu begegnen: PKV-Versicherte haben einen Anspruch darauf, in einen Tarif ihres Versicherungsunternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Da die Versicherer oft neue Tarife auflegen, kann bereits der Wechsel im selben Unternehmen zu einer Verringerung der Beitragslast führen. Der Versicherer ist verpflichtet, seinen Kunden auf Anfrage die für ihn günstigsten Tarife zu nennen. Am 1. Januar 2016 sind neue Leitlinien für einen transparenteren und kundenfreundlicheren Tarifwechsel in Kraft getreten.

1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronisches Gesundheitsnetz

Seit dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte als Nachweis, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu können. Die elektronische Gesundheitskarte enthält ein Lichtbild. Ausnahmen gibt es lediglich für Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr und für Versicherte, die bei der Erstellung des Lichtbildes nicht mitwirken können. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die „Europäische Krankenversicherungskarte“ verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

Derzeit sind auf der Karte die Verwaltungsdaten der Versicherten, wie zum Beispiel Name und Krankenversicherungsnummer, verpflichtend gespeichert. Im nächsten Schritt sollen die Verwal-

tungsdaten online überprüft und bei Bedarf aktualisiert werden können. Im E-Health-Gesetz wurde geregelt, dass Patientinnen und Patienten, die drei oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden, seit Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Die Selbstverwaltungspartner in der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Regelung dahingehend konkretisiert, dass dabei nur solche Arzneimittel relevant sind, deren Einnahme über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen erfolgt. Vom Medikationsplan profitieren vor allem ältere und chronisch kranke Menschen. Der Medikationsplan soll genau wie die Notfalldaten künftig auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein.



Werden Ihnen drei oder mehr Arzneimittel verschrieben, haben Sie Anspruch auf einen Medikationsplan – mittelfristig abrufbar über die Gesundheitskarte.

Der neu geregelte Einstieg in die elektronische Patientenakte und der Anspruch der Patientinnen und Patienten darauf, dass ihre mittels der Gesundheitskarte gespeicherten Daten künftig ins Patientenfach aufgenommen werden können, stärken die Selbstbestimmung. Denn in diesem Patientenfach können dann auch eigene Daten abgespeichert und es kann außerhalb der Arztpraxis eingesehen werden. Datenschutz und Datensicherheit haben höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Jeder Versicherte entscheidet selbst, ob und in welchem Umfang er von den medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte Gebrauch machen möchte.

1.9 Begriffe und Institutionen

Gesundheitsfonds

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. So gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahresbeginn 2009 bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz, der von allen Krankenkassen verlangt wird. Die Beiträge werden von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds.

Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben ihrer Versicherten. Hierdurch wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt. Krankenkassen mit älteren und kranken Versicherten erhalten dementsprechend mehr Finanzmittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (zum Beispiel Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die finanzielle Ausgangssituation der Krankenkassen nicht mehr von ihrer Versichertenstruktur

im Hinblick auf Morbidität und Einkommen abhängig ist. Der Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen findet seit 2009 nicht mehr über den Risikostrukturausgleich statt, sondern erfolgt bereits über die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes und die Zusammenführung aller Einnahmen im Gesundheitsfonds. Ein vollständiger Einkommensausgleich für die zum 1. Januar 2015 eingeführten einkommensabhängigen Zusatzbeiträge stellt zudem sicher, dass unterschiedliche Einkommensstrukturen der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen und Anreize zur Risikoselektion ausgeschlossen werden.

Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten, die Vervollständigung des Grundlohnausgleichs und der vollständige Einkommensausgleich führen zu einer zielgenauen Verteilung der Finanzmittel auf die Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele chronisch kranke Versicherte versorgen und entsprechend hohe finanzielle Belastungen zu tragen haben.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Mit dem Gesundheitsfonds wurde deshalb der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt. Er regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung ihrer Versicherten erhalten. Das lateinische Wort *morbidus* bedeutet krank. Der Begriff morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) meint also ganz einfach: Kassen mit mehr kranken Versicherten bekommen mehr Geld aus dem Fonds als die mit überwiegend jungen, gesunden Versicherten.

Der Morbi-RSA berücksichtigt derzeit 80 ausgewählte Krankheiten, für die die Krankenkassen gezielte Zuschläge zum Ausgleich ihres erhöhten Versorgungsbedarfs erhalten. Diese sogenannten Morbiditätszuschläge geben dabei die durchschnittlichen Ausgaben im Folgejahr wieder, die mit dieser Krankheit verbunden sind (sogenanntes prospektives Verfahren). Einen Morbiditätszuschlag erhalten die Krankenkassen zum Beispiel für Versicherte mit Diabetes mellitus, Parkinson, HIV/Aids, Hämophilie (Bluterkrankheit) und Herzinsuffizienz.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Krankenhäusern. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung bindend.

Der G-BA hat unter anderem die Aufgabe, Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zu prüfen. Hierbei kann er das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des aktuellen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Methoden beauftragen. Daneben hat der G-BA auch die Aufgabe, Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung zu bestimmen. Bei der Erarbeitung und Umsetzung solcher Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen wird er von dem unabhängigen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt.

2 Medizinische Versorgung



Ob chirurgische Eingriffe, Physiotherapie, psychotherapeutische Behandlung oder Arzneimittel – die Krankenkassen übernehmen alle medizinisch notwendigen Leistungen. Dabei müssen die Krankenkassen sowohl den geschlechtsspezifischen Besonderheiten wie auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen und von chronisch kranken Menschen Rechnung tragen. Durch den medizinischen Fortschritt entstehen zudem neue Therapiemöglichkeiten und Arzneimittel – und damit bessere Behandlungsmöglichkeiten. Allen Versicherten kommt dies zugute – unabhängig von den Beiträgen, die sie zahlen.

2.1 Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation

2.1.1 Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung

Warum ist Prävention wichtig?

Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern treten im Laufe des Lebens auf. Menschen können viel tun, um verschiedene Krankheiten zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken. Prävention ist ein Sammelbegriff und bezeichnet daher alle Maßnahmen, um Risiken für Krankheiten zu verhindern und zu vermindern (sogenannte primäre Prävention), Krankheiten frühzeitig zu erkennen (sogenannte sekundäre Prävention) sowie Krankheitsfolgen zu mildern und die Verschlimmerung von Krankheiten zu verhindern (sogenannte tertiäre Prävention). Zur primären Prävention zählen etwa regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Erholung und das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien.

Gerade die sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt) können in vielen Fällen durch einen gesund-

heitsbewussten Lebensstil vermieden, zumindest aber positiv beeinflusst werden. Wer regelmäßig etwas für seine Gesundheit tut, fühlt sich körperlich und auch geistig wohler. Die vielfältigen Gesundheitsangebote in Kommunen/Stadtteilen, Schulen und Betrieben sind deshalb darauf ausgerichtet, die unterschiedlichsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer dauerhaft für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper zu motivieren.

Was können Sie selbst tun?

Durch eigene Beobachtung und regelmäßige ärztliche Vorsorgebeziehungweise Früherkennungsuntersuchungen können gesundheitliche Risiken und Belastungen sowie erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkannt werden, noch bevor sich körperliche Beschwerden bemerkbar machen – solche Untersuchungen gehören ganz wesentlich zur Prävention.

Viele schwerwiegende Infektionskrankheiten lassen sich zudem durch Schutzimpfungen komplett verhindern. Prüfen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob Sie alle empfohlenen Impfungen haben oder Auffrischimpfungen anstehen. Im Impfausweis werden alle Impfungen festgehalten.

Wie unterstützen Krankenkassen die Prävention?

Ob Ernährungstipps von Profis, Nordic Walking für Seniorinnen und Senioren oder ein Training zur Stressbewältigung – es gibt heute eine Vielzahl von Angeboten, um aktiv etwas für die Gesundheit zu tun. Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, welche Möglichkeiten der primären Prävention es gibt. Die Krankenkassen vermitteln ihren Versicherten qualitätsgesicherte Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Nähe und bezuschussen deren Inanspruchnahme. Zudem honorieren sie im Rahmen von Bonusprogrammen das gesundheitsbewusste Verhalten ihrer Versicherten. Die regelmäßig von den Krankenkassen angebotenen Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene sollten genutzt werden (☞ siehe Übersicht Seite 132 ff.). Zu Beginn

eines Kalenderjahres informieren Krankenkassen ihre Versicherten über alle Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) von Juli 2015 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Präventionsangebote auszuweiten. So soll der Check-up bei der Ärztin oder beim Arzt künftig eine an individuellen Risikofaktoren orientierte Präventionsberatung beinhalten. Menschen, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen (beispielsweise Schichtarbeiterinnen oder Schichtarbeiter und pflegende Angehörige), können diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrnehmen. Die Krankenkasse kann, wie bei der ambulanten Vorsorgekur, einen täglichen Zuschuss für die Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Um erwerbslose Menschen besser zu erreichen, werden Präventionsangebote der Krankenkassen noch stärker mit den Angeboten der Jobcenter verzahnt.

Wie wird die Prävention in der Pflege verbessert?

Im Rahmen jeder Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird geprüft, ob und gegebenenfalls welche Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Umgang mit Sucht-/Genussmitteln oder Verbesserung der psychosozialen Gesundheit) geeignet, notwendig und zumutbar sind. Durch das Gesetz der Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde die Prävention zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit nochmals deutlich gestärkt. Es ist daher auch eine gutachterliche Aussage darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die oder der Pflegebedürftige lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht. Die Feststellungen zur Prävention sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationemp-

fehlung zu dokumentieren und werden dem Versicherten – wenn er der Übersendung nicht widerspricht – mit dem Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit automatisch zugesandt. Ziel ist, auch bei Pflegebedürftigkeit die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten oder auch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Pflegekassen haben den spezifischen Auftrag erhalten, Leistungen zur Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Welche Rolle spielt die betriebliche Gesundheitsförderung?

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz und treffen dabei auf Arbeitsbedingungen, die je nach Ausprägung positiv oder negativ auf unsere Gesundheit wirken können. Ungünstige Arbeitsbedingungen können nicht nur zu körperlichen Beschwerden bei den Beschäftigten führen, sie bergen auch Risiken für die psychische Gesundheit.

Gesunde und motivierte Beschäftigte sind eine Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels haben moderne Unternehmen die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten systematisch in ihr Betriebsmanagement aufgenommen und als zentrales Zukunftsthema erkannt. Dabei erarbeiten sie gemeinsam mit den Beschäftigten und den dafür ernannten Verantwortlichen des Betriebes Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und wirken an der Umsetzung mit.

Wie tragen Krankenkassen zu betrieblicher Gesundheitsförderung bei?

Damit Arbeit nicht krank macht und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorgebeugt wird, unterstützen Krankenkassen die Gesundheitsförderung in Betrieben. Sie arbeiten dabei mit den betrieblichen Akteuren sowie mit den Unfallversicherungsträgern und den Arbeitsschutzbehörden eng zusammen. Grundsätzlich beraten und begleiten die Expertinnen und Experten der Kran-

kenkassen die Unternehmen von den ersten Anfängen gesundheitsfördernder Maßnahmen bis zum fest etablierten betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurde die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen weiter ausgebaut. So sollen die Kassen verstärkt gesundheitsfördernde Strukturen in Unternehmen fördern – etwa durch Analyse der Arbeitssituation, Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und der Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen beispielsweise zur Stressbewältigung. Um verstärkt kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zu erreichen, haben die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen gemeinsame regionale BGF-Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung in den Bundesländern eingerichtet.

Zudem werden die Kompetenzen der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker genutzt. Die Krankenkassen müssen darüber hinaus sicherstellen, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzte allgemeine Schutzimpfungen durchführen und abrechnen können.

2.1.2 Früherkennung

Welche Früherkennungsuntersuchungen werden empfohlen?

Die Früherkennung von bestimmten Krankheiten und Krankheitsrisiken ist ein wesentlicher Bestandteil der Prävention. Das Ziel: das Auftreten von Erkrankungen und Behinderungen möglichst früh erkennen, denn im Anfangsstadium können Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten besser sein.

Kinder und Jugendliche

Durch Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen für Schwangere, Neugeborene, Kinder und Jugendliche sollen bestimmte Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Fehlewicklungen möglichst frühzeitig erkannt und ihnen durch früh einsetzende Behandlung entgegengewirkt werden. Gegenüber den



Durch Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen können bestimmte Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden.

Untersuchungen bei Erwachsenen haben Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen vor allem das Ziel, neben Erkrankungen auch Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen zur Frühbehandlung und Frühförderung einzuleiten. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes am 25. Juli 2015 haben Kinder und Jugendliche nunmehr bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres Anspruch auf die entsprechenden, vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Untersuchungen (dies sind aktuell die U1 bis U9, inklusive U7a, sowie J1).

Gleichzeitig wird die präventionsorientierte Beratung der Eltern gestärkt: So erfasst die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nun auch individuelle Belastungen und gesundheit-

liche Risikofaktoren des Kindes und informiert die Eltern hierauf abgestimmt darüber, wie sie die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes fördern und Risiken vermeiden können. Zudem kann die Ärztin oder der Arzt bei Bedarf eine Präventionsempfehlung ausstellen und auf regionale Eltern-Kind-Angebote hinweisen. Teil der Untersuchung sind nun auch die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung zur Verbesserung des Impfschutzes des Kindes. Bei Erstaufnahme eines Kindes in die Kita muss künftig eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entsprechende Änderungen bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche beschlossen. Die Inhalte der neuen Kinderuntersuchungen sind seit dem 1. Januar 2017 ambulante Kassenleistung.

Erwachsene

Darüber hinaus gibt es derzeit eine Reihe weiterer Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene, um bestimmte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sowie einige Krebsarten rechtzeitig zu erkennen und möglichst erfolgreich behandeln zu können. Neben dem sogenannten Check-up 35 gehören verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (zum Beispiel auf Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG), das im April 2013 in Kraft getreten ist, soll die bestehende Krebsfrüherkennung weiter verbessert werden. Um die Menschen besser zu erreichen, sollen sie zukünftig persönlich beziehungsweise schriftlich zur Früherkennung von Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs eingeladen werden. Bisher gibt es ein vergleichbares Einladungsverfahren nur beim Mammographie-Screening. Die Teilnahme an der Früherkennung ist selbstverständlich freiwillig. Derzeit arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss an einem Konzept zur Überführung der bisherigen Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung in organisierte Programme mit einem Einladungs- und Informationssystem und umfassender Qualitätskontrolle. Es wird allerdings noch einige Zeit dauern, bis die ersten

Einladungen zur Darmkrebs- und zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung verschickt werden können.



Individuelle Maßnahmen zur Primärprävention – Bewegung, Ernährung und Stressregulation helfen dem Körper, gesund zu bleiben.

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes wird der Check-up 35 derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss schrittweise weiterentwickelt. Dabei werden bei der Untersuchung zukünftig zum Beispiel gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren, wie Bewegungsmangel und Übergewicht, verstärkt erfasst sowie der Impfstatus überprüft. Anhand der Untersuchungsergebnisse können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten individuelle Maßnahmen zur Primärprävention, zum Beispiel Kurse zur Bewegung, Ernährung oder Stressregulation, empfehlen und hierzu seit 2017 eine ärztliche Bescheinigung ausstellen. Die Bescheinigung dient den Krankenkassen als eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Präventionsmaßnahmen.

Einen Überblick zu den empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder als auch Erwachsene geben die Tabellen ab Seite 132.

Werden alle Früherkennungsuntersuchungen von der Krankenkasse erstattet?

Alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet – sie sind generell zuzahlungsfrei. Manche Krankenkassen bieten darüber hinaus zuzahlungsfreie Untersuchungen an. Fragen Sie bei Ihrer Kasse nach oder informieren Sie sich im Mitglieder magazin.

Welchen Service bieten die gesetzlichen Krankenkassen bei der Früherkennung?

Wenn Versicherte regelmäßig an der Früherkennung teilnehmen, kann ihre Krankenkasse ihnen dafür einen Bonus gewähren. Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Früherkennungsmaßnahmen zu informieren.

2.1.3 Vorsorge und Rehabilitation

Medizinische Vorsorge soll Krankheiten verhüten. Unter Rehabilitationsleistungen sind alle medizinischen Leistungen zu verstehen, die der Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, der Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Milderung ihrer Folgen dienen. Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen können ambulant oder stationär erfolgen.

Vorsorge

Versicherte erhalten umfassende Vorsorgeleistungen. Dabei geht es darum, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beheben, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken sowie eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die medizinische Vorsorge umfasst dabei je nach Erfordernis im Einzelfall entweder Leistungen der ambulanten Behandlung und Versorgung am Wohnort, ambulante Behandlung und Versorgung in einer anerkannten Rehabilitationsklinik oder Behandlung und Versorgung in einer stationären Vorsorgeeinrichtung.

Rehabilitation

Das Ziel: Im Alltagsleben so gut wie möglich wieder zurechtkommen – die aus gesundheitlichen Gründen bedrohte oder beeinträchtigte Teilhabe der Patientinnen und Patienten soll durch rehabilitationsmedizinische Versorgung wiederhergestellt, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden. Die Maßnahmen helfen dabei, Leistungsfähigkeit wiederherzustellen.

Auch bei einer Krankheit gehört heute die Prävention zum Behandlungskonzept. Neben frühzeitiger und regelmäßiger medizinischer Behandlung können auch bei kranken Menschen eine gezielte Ernährung oder zum Beispiel eine individuell abgestimmte Bewegungstherapie und entsprechende Entspannungsübungen den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. So werden mögliche Krankheitsfolgen, zum Beispiel eines Schlaganfalls, oft abgemildert. Rückfälle, eine Verschlechterung des Gesamtzustands sowie Folgeerkrankungen kommen seltener vor.

Wer ist für Rehabilitationsleistungen und Vorsorge zuständig?

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, während Rehabilitationsleistungen auch Aufgabe der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung sind. Was nun bei einem bestimmten Krankheitsbild als Vorsorge oder Rehabilitation zählt und welche Versicherung für welche Maßnahmen dann Kostenträger ist – diese komplexen Regelungen müssen Versicherte zunächst nicht kennen. Wer Rehabilitation und Vorsorge in Anspruch nehmen will, sollte zuerst mit seiner behandelnden Ärztin oder seinem behandelnden Arzt darüber sprechen. Dieser oder diese prüft dann, ob eine Rehabilitationsleistung medizinisch notwendig ist. Der zuständige Sozialversicherungsträger entscheidet über die Bewilligung der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme.

Oftmals ist nach einer Operation oder nach einem Krankenhausaufenthalt wegen einer schweren Erkrankung – zum Beispiel nach einem Herzinfarkt, einer Hüftoperation oder einer Tumorerkrankung – eine direkte Anschlussrehabilitation notwendig. Um den nahtlosen Übergang zu gewährleisten, sollte der Antrag hierfür be-

reits im Krankenhaus gestellt werden. Patientinnen und Patienten sollten deshalb frühzeitig mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt der Klinik sprechen – auch der Sozialdienst kann hier als Ansprechpartner weiterhelfen.

Im Rahmen jeder Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit hat der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zudem Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung wird dem Versicherten – wenn er der Überzeugung nicht widerspricht – mit dem Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit automatisch zugesandt. Die Pflegekasse muss in ihrer Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu der Rehabilitationsempfehlung Stellung nehmen und den Antragsteller zusätzlich darüber informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

Was ist der Unterschied zwischen ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen?

Die Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation werden heute so flexibel wie möglich eingesetzt, um der Lebenssituation der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Dabei sind zwei Varianten möglich:

1. Stationäre Rehabilitation

Hier werden Patientinnen und Patienten in einer Einrichtung nicht nur behandelt, sie wohnen auch dort – Versorgung rund um die Uhr.

2. Ambulante Rehabilitation

Bei der ambulanten Reha wird täglich ein örtliches Reha-Zentrum oder eine Rehaklinik mit Kassenzulassung aufgesucht. Sie erhalten dort von Ärzten oder Therapeuten gezielte komplexe Maßnahmen, zu denen ärztliche, physiotherapeutische, psychotherapeutische und weitere Leistungen gehören. Die Patientinnen und Patienten kommen nur zur Behandlung in die Einrichtungen. Ist ihnen auch das nicht möglich, „kommt die Rehabilitation auch ins Haus“ – das heißt, bestimmte Leistungen der Rehabilitation und Vorsorge werden auch in der gewohnten Umgebung der Patientinnen und Patienten durch mobile Reha-Teams angeboten.

Welches Ziel hat die geriatrische Rehabilitation?

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. Darauf ist die geriatrische (altersmedizinische) Rehabilitation ausgerichtet. Sie kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Einsatz mobiler Reha-Teams. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann auch zum Beispiel in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.

Welchen Anspruch haben Eltern?

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter – die sogenannten Mutter-Kind- und Vater-Kind-Maßnahmen – sind Pflichtleistungen der Krankenkassen. Das bedeutet: Wenn sie medizinisch notwendig sind, müssen sie von der Krankenkasse bezahlt werden. Auskünfte erhalten Eltern bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten, den Krankenkassen und beim Müttergenesungswerk.

Wie oft und wie lange werden Leistungen für Rehabilitation und Vorsorge erstattet?

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 beantragt werden. Eltern sollten darüber mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt sowie mit ihrer Krankenkasse sprechen.

Kann man seine Rehabilitationseinrichtung selbst auswählen?

Patientinnen und Patienten können ihrer Krankenkasse ihre Wünsche bezüglich einer bestimmten Reha-Einrichtung mitteilen. Wenn diese nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet ist und die Wünsche der persönlichen Lebenssituation, dem Alter, der familiären Situation oder den religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen Rechnung tragen, hat die Krankenkasse diesen Wünschen zu entsprechen. Bei der Entscheidung der Krankenkasse über die Einrichtung sind natürlich auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen.

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes am 23. Juli 2015 wurde das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten im Bereich der medizinischen Rehabilitation, beispielsweise nach einer Operation oder einem längeren Krankenhausaufenthalt, gestärkt. Sie können jetzt auch zertifizierte Reha-Einrichtungen wählen unabhängig davon, ob diese einen Versorgungsvertrag mit ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben. Die anfallenden Mehrkosten müssen jedoch selbst getragen werden, wenn sie unter Beachtung der oben genannten Kriterien des Wunsch-Wahlrechts nicht angemessen sind.

Welche Zuzahlungen müssen Versicherte leisten?

Alle Patientinnen und Patienten über 18 Jahre müssen Zuzahlungen leisten. Dabei gelten folgende Regelungen:

- Zuzahlung von zehn Euro am Tag bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation
- Die Zuzahlung ist bei Anschlussrehabilitationen auf 28 Tage begrenzt. Hierbei werden bereits geleistete Krankenhauszahlungen angerechnet.
- Die persönliche Zuzahlungsgrenze beträgt zwei Prozent des Bruttoeinkommens oder ein Prozent bei schwerwiegender chronischer Erkrankung (Chronikerregelung).

Durchgerechnet

Beispiel

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

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen in Kurorten übernimmt Ihre Krankenkasse die Kosten für kurärztliche Behandlungen einschließlich der verordneten Arzneimittel. Auch Heilmittel einschließlich der sogenannten kurortspezifischen Heilmittel und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden bezahlt. Die Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die im Zusammenhang mit den ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen entstehen, einen finanziellen Zuschuss gewähren. Wenn Versicherte älter als 18 Jahre sind, müssen sie jedoch Zuzahlungen leisten, zum Beispiel für Heilmittel oder Arzneimittel.

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Sobald Versicherte ihre Belastungsgrenze erreicht haben – zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen oder ein Prozent, wenn Versicherte schwerwiegend chronisch krank sind (sogenannte Chronikerregelung,  siehe oben), werden sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.



Sie können eine Fachärztin oder einen Facharzt Ihrer Wahl aufsuchen, sofern diese oder dieser zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

2.2 Ärztliche Behandlung

In Deutschland gilt die freie Arztwahl. Gesetzlich Versicherte können jede Ärztin und jeden Arzt aufsuchen, die oder der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Das kann sowohl die Hausärztin oder der Hausarzt als auch eine Fachärztin oder ein Facharzt, eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine ermächtigte ambulante Einrichtung sein.

Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten auf hohem Niveau sicherzustellen, trat am 23. Juli 2015 das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) in Kraft. Es verbessert nicht nur die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum, sondern stärkt auch die Rechte der Patientinnen und Patienten. Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), das seit 1. Januar 2016 gilt, wird darüber hinaus auch in Zukunft für eine gute Versorgung in Krankenhäusern gesorgt.

2.2.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum

Welche Maßnahmen dienen der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in strukturschwachen Gebieten?

Im Gegensatz zu Städten und Ballungsgebieten stellt die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen vielerorts eine große Herausforderung dar. In manchen unterversorgten Gebieten gab es schon in der Vergangenheit durch Strukturfonds Anreize für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten, zum Beispiel in Form von Stipendien, die dazu verpflichten, später als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt in einem bestimmten Gebiet tätig zu werden. Hinzu kamen Hilfen bei der Niederlassung und Übernahme einer Praxis sowie Vergütungsanreize bei besonders nachgefragten Tätigkeiten, beispielsweise Hausbesuchen in Räumen mit großer Entfernung. Durch die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Neuregelungen kann ein Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region nunmehr auch schon eingerichtet werden, bevor eine akute Unterversorgung droht. Das heißt, Ärztinnen und Ärzte, die sich in entsprechenden Bereichen niederlassen, können zum Beispiel auch dann eine bessere Vergütung aus dem Strukturfonds erhalten, wenn noch keine akute Unterversorgung vorliegt. Damit Ärztinnen und Ärzte dort tätig sind, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden, soll darüber hinaus eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch sinnvoll ist. Die Einzelfallentscheidung treffen Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.

Wie wird die (haus)ärztliche und psychotherapeutische Versorgung gestärkt?

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wird die Weiterbildung stärker gefördert und die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin von 5.000 auf 7.500 erhöht. Die Weiterbildung der grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzte wird mit bis zu 1.000 zu fördernden Stellen gestärkt. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung erhalten zudem die gleiche Vergütung wie Assistenzärztinnen und -ärzte

im Krankenhaus. Darüber hinaus werden Ärztinnen und Ärzte entlastet, indem sie bestimmte ärztliche Leistungen an qualifiziertes nichtärztliches Personal delegieren können, etwa an Praxisassistentinnen und -assistenten. Krankenhäusern wird es erleichtert, ambulante ärztliche Versorgung zu leisten, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht abgedeckt werden kann. Ebenso wurden die Gründungsmöglichkeiten für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) weiterentwickelt. So sind nun auch arztgruppengleiche MVZ erlaubt, zum Beispiel reine Hausarzt-MVZ oder spezialisierte fachgruppengleiche MVZ. Auch den Kommunen wurde die Möglichkeit eingeräumt, MVZ zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu verbessern.

Um die psychotherapeutische Versorgung zu stärken, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis Mitte 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu treffen, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der G-BA hat fristgerecht eine Strukturreform zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beschlossen. Die Regelungen sind am 1. April 2017 wirksam geworden. Seitdem sind daher zum Beispiel psychotherapeutische Sprechstunden als niedrigschwelliger Zugang und Akutbehandlungen als wichtige Leistungen in der Versorgung verankert. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Termine für ein Erstgespräch in einer solchen psychotherapeutischen Sprechstunde und für die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungen zu vermitteln. Daneben wurden die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen erweitert. Das betrifft zum Beispiel das Verordnen von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, die Verordnung von Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie Soziotherapie.

Wie wird die Versorgung durch Hebammen oder Geburtshelfer sichergestellt?

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe, einschließlich der freien Wahl des Geburtsortes, ist für das Bundesministerium für Gesundheit ein wichtiges Anliegen. Deshalb wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes wurde der Regressanspruch von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen und Geburtshelfern eingeschränkt. So können die Versicherungsprämien langfristig stabilisiert werden. Das belebt den Versicherungsmarkt und sichert eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe.

In dem am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz ist geregelt, dass der Zeitraum der Hebammenhilfe für die Wochenbettbetreuung vier Wochen länger als bisher, also für zwölf Wochen, sichergestellt wird. Auf ärztliche Anordnung hin kann die Betreuung auch zusätzlich verlängert werden.

2.2.2 Stärkung der Patientenrechte

Wie wird der Zugang zur Facharztbehandlung gewährleistet?

Damit Versicherte nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen, wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen einzurichten. Diese vermitteln einen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt in zumutbarer Entfernung oder, wenn das nicht möglich ist, eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten.

Wie wird das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung gestärkt?

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurde auch geregelt, dass Patientinnen und Patienten künftig einen Anspruch auf ein sogenanntes strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Kosten der Krankenkassen haben. Dieser Anspruch umfasst eine unabhängige

ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Operationen, bei denen Unsicherheit bestehen kann, ob sie medizinisch zwingend geboten sind und sich nicht vermeiden lassen. Bei welchen Eingriffen konkret der Anspruch auf Zweitmeinung gelten wird, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien. Darin legt er außerdem fest, welche qualitativen Vorgaben für die Zweitmeinung gelten und welche Anforderungen jeweils an Ärztinnen und Ärzte gestellt werden, die eine Zweitmeinung erbringen dürfen. Dazu gehört unter anderem eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet. Ziel der gesetzlichen Regelung ist es, eine qualitativ besonders hochwertige Erbringung der Zweitmeinung zu sichern, damit Patientinnen und Patienten auf dieser Grundlage ihre Entscheidung für oder gegen den Eingriff fundiert treffen.

Unabhängig von diesem neuen Verfahren bieten einige Krankenkassen ihren Versicherten schon länger und auch weiterhin eigene Zweitmeinungsverfahren für verschiedene schwerwiegende Erkrankungen an und übernehmen entsprechende Kosten als Satzungsleistung. Über die Voraussetzungen informiert die jeweilige Krankenkasse.

Was verbessert sich für chronisch Kranke?

Für chronisch Kranke werden weitere strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt (☑ siehe 2.3.3). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes den Auftrag erhalten, weitere chronische Erkrankungen zu benennen sowie Richtlinien zur Ausgestaltung von Programmen zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen zu erlassen.

Die Zunahme von Mehrfacherkrankungen und chronischen Erkrankungen in unserer älter werdenden Gesellschaft bedeutet auch eine Herausforderung für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Deshalb wird zur Förderung innovativer, insbesondere sektorenübergreifender Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung ein Innovationsfonds mit einem Förder volumen von jeweils 300 Millionen Euro jährlich in den Jahren 2016 bis 2019 geschaffen. Damit können gezielt Projekte gefördert werden, die neue Wege in der Versorgung beschreiten.

Darüber hinaus haben Versicherte nun bereits von dem Tag an, an dem die Ärztin oder der Arzt eine Arbeitsunfähigkeit feststellt, Anspruch auf Krankengeld – und nicht erst vom darauffolgenden Tag an. Dies schließt eine Versorgungslücke für Versicherte, die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (etwa wegen einer Chemotherapie oder einer bestimmten Form der Dialyse).

Was verbessert sich für Menschen mit Behinderung sowie für Pflegebedürftige?

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können künftig Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI haben Anspruch auf Leistungen zahnmedizinischer Prävention. Neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch, zum Beispiel in der Pflegeeinrichtung, haben sie künftig Anspruch auf zahnärztliche Prophylaxeleistungen und individuelle Beratung zur Mund- und Prothesenpflege.

Wie wird die Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Versorgung verbessert?

Damit Versicherte lückenlos versorgt werden, dürfen Krankenhäuser durch das Versorgungsstärkungsgesetz mehr ambulante Leistungen übernehmen. Verbessert wird auch das Krankenhaus-Entlassmanagement: Beim Übergang von der Klinik zur niedergelassenen Ärztin oder zum niedergelassenen Arzt dürfen Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte künftig Arzneimittel und für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Was verbessert sich in der medizinischen Rehabilitation?

Bei medizinischen Rehabilitationen haben die Versicherten durch das Versorgungsstärkungsgesetz künftig ein größeres Wunsch- und Wahlrecht. Sie können jetzt auch zertifizierte Reha-Einrichtungen wählen unabhängig davon, ob diese einen Versorgungsvertrag mit



Medizinische Hilfe im Akutfall: Rettungsstellen, die durchgehende Maximalversorgung gewähren, werden verstärkt gefördert.

ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben. In der Regel müssen die anfallenden Mehrkosten jedoch selbst getragen werden.

2.2.3 Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus

Unsere Gesellschaft verändert sich: Die Bevölkerung in Deutschland lebt immer länger. Und weil Patientinnen und Patienten im Alter oft komplexe Krankheitsbilder aufweisen und öfter in Krankenhäusern versorgt werden müssen, wandeln sich die Anforderungen an die stationäre Versorgung. Außerdem leben immer weniger Menschen auf dem Land, während dort zugleich der Altersdurchschnitt ansteigt. Um auch in Zukunft eine hochwertige, patientengerechte, sichere und gut erreichbare Versorgung in den knapp 2.000 Krankenhäusern in Deutschland zu gewährleisten, hat die Bundesregierung

2015 mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) eine wichtige Krankenhausreform eingeleitet. Das Krankenhausstrukturgesetz ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Zentrale Themen sind die Qualitätssicherung, die Krankenhausplanung und eine verlässliche Finanzierung der Betriebskosten.

Wie wird ausreichend Pflegepersonal sichergestellt?

Krankenhäuser erhalten mehr Geld für Pflegepersonal am Krankenbett. Im Rahmen eines Pflegestellen-Förderprogramms fließen in den Jahren 2016 bis 2018 bis zu 660 Millionen Euro Fördermittel. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Zudem wurde das Finanzvolumen des Versorgungszuschlags in Höhe von 500 Millionen Euro ab dem Jahr 2017 in einen Pflegezuschlag überführt. Der Pflegezuschlag wird nach den Pflegepersonal-kosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten. Zudem werden ab dem Jahr 2019 Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen eingeführt, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist.

Wie wird die Notfallversorgung gestärkt?

Die stationäre Notfallversorgung ist aktuell recht unterschiedlich ausgestaltet. So gibt es zum Beispiel Universitätskliniken oder Krankenhäuser der Maximalversorgung, die rund um die Uhr an sieben Wochentagen Leistungen aller Fachabteilungen mit dem erforderlichen Fachpersonal vorhalten, und solche, die Notfalleleistungen lediglich zeitlich eingeschränkt und mit der Ausstattung einer Grundversorgung vorhalten. Um den unterschiedlichen Aufwand sachgerecht zu finanzieren, werden differenzierte Notfallzuschläge eingeführt, deren Höhe sich am Umfang der Beteiligung an der Notfallversorgung orientiert. Krankenhäuser, die in einem hohen Umfang Notfallstrukturen vorhalten, werden dadurch bessergestellt als Häuser, die dies nur in geringem Umfang oder gar nicht tun. Auch im Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden Krankenhäuser stärker unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäu-

sern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.

Wie werden Umstrukturierungen im stationären Bereich gefördert?

Die Umstrukturierung der Krankenhausversorgung in Deutschland kostet Geld. Deshalb werden die Bundesländer dabei unterstützt, notwendige Umstrukturierungen, etwa die Umwandlung ungenutzter Kapazitäten in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize, vorzunehmen. Zu diesem Zweck ist ein Strukturfonds mit insgesamt 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet worden. Die Länder können zur Finanzierung von Maßnahmen Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, müssen sich jedoch hälftig an der Finanzierung der Einzelmaßnahmen beteiligen. Insgesamt steht somit ein Betrag von einer Milliarde Euro zur Verfügung.

Wie werden unnötige Operationen verhindert?

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass nur Behandlungen durchgeführt werden, die medizinisch notwendig sind. Um wirtschaftliche Fehlanreize zu verhindern, sieht das Gesetz verschiedene Schutzmaßnahmen vor. Es greift zum Beispiel dann ein, wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert oder wenn etwaige Bonusregelungen in Chefarztverträgen zu vermeidbaren Behandlungen verleiten. Im Zusammenspiel mit dem Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen, bei denen Unsicherheit darüber besteht, ob sie medizinisch zwingend geboten sind (☑ siehe 2.2.2), können unnötige Operationen zukünftig besser vermieden werden.

Wie wird die Versorgung nach Krankenhausaufenthalten und Operationen verbessert?

Patientinnen und Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Kran-

kenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patientinnen und Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

Wie wird die Qualität der Versorgung im Krankenhaus verbessert und kontrolliert?

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Zudem wurde die gesetzliche Regelung zu den sogenannten Mindestmengen klarer gestaltet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat danach die Aufgabe, zur Sicherung der Qualität für bestimmte Leistungen eine Mindestanzahl an Behandlungen in Krankenhäusern festzulegen. Dies ist zum Beispiel bei der Versorgung von Frühgeborenen oder beim Kniegelenkersatz bereits erfolgt. Damit die Mindestmengenfestlegung nicht umgangen werden kann, müssen Krankenhäuser künftig im Voraus eine Prognose zum Erreichen der geforderten Leistungsmenge im nächsten Kalenderjahr abgeben. Anhand dieser wird entschieden, ob ein Krankenhaus die Leistung im Folgejahr erbringen darf oder nicht. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, so erhält es von der Krankenkasse keine Vergütung für die Behandlung.

Außerdem schafft das Krankenhausstrukturgesetz mit Zu- und Abschlägen künftig Anreize für Krankenhäuser, besonders gute Leistungen zu erbringen. Das Prinzip ist einfach: Erbringt ein Haus Leistungen von hoher Qualität oder nimmt es besondere Aufgaben wahr, zum Beispiel die Beratung oder die Dokumentation bei seltenen Erkrankungen, so erhält es dafür einen Zuschlag. Qualitätsmängel müssen zum Schutz der Patientinnen und Patienten schnellstmöglich beseitigt werden. Tritt innerhalb eines Jahres keine Besserung ein, werden die Mittel gekürzt.

Darüber hinaus hat der G-BA ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung seiner Qualitätsanforderungen festzulegen, um die Durchsetzung dieser Anforderungen zu stärken. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein

Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet. Erweitert wurde zudem das Hygieneförderprogramm. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden. Durch den Ausbau der Weiterbildung im Bereich Infektiologie sollen hier künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

Wie können sich die Versicherten über die Qualität eines Krankenhauses informieren?

Patientinnen und Patienten können sich künftig einfacher ein Bild über die Versorgungsqualität im Krankenhaus machen. Besonders wichtige Informationen des Qualitätsberichts der Krankenhäuser werden in einem gesonderten Kapitel zusammengefasst. Versicherte werden hier insbesondere Angaben zur Patientensicherheit in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache finden. Die Qualitätsberichte müssen von den Krankenhäusern – neben der obligatorischen Veröffentlichung auf den Portalen der Kassenverbände – auch auf ihren eigenen Internetseiten leicht zugänglich gemacht werden.

2.3 Besondere Versorgungsformen

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber verschiedene Möglichkeiten geschaffen, um die Strukturen in der ambulanten Versorgung zu optimieren. Qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit bestimmten Krankheiten wurden entwickelt sowie sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen geschaffen. Nach wie vor hat die Hausärztin oder der Hausarzt eine zentrale Stellung in der ambulanten Versorgung.

2.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung:

der Hausarzt/ die Hausärztin als Lotse

Welche Ärztin oder welcher Arzt sollte im Krankheitsfall als Erstes aufgesucht werden?

Wenn gesetzlich Versicherte ärztliche Hilfe benötigen, können sie grundsätzlich jede Ärztin und jeden Arzt ihres Vertrauens

aufsuchen, die oder der zur Behandlung gesetzlich Versicherter berechtigt ist. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie sollten für Versicherte die erste Anlaufstation sein, um die gesamte Behandlung zu koordinieren.

Da Hausärztinnen und Hausärzte in der Regel mit der Krankheitsgeschichte und den persönlichen Lebensumständen ihrer Patientinnen und Patienten besonders vertraut sind, können sie diese koordinierende Funktion am besten ausfüllen. Sie sprechen mit ihren Patientinnen und Patienten die nächsten Behandlungsschritte ab und beraten bei Therapieentscheidungen sowie bei der Auswahl von Kliniken, Fachärztinnen und -ärzten.

Was bedeutet hausarztzentrierte Versorgung?

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung als Wahltarif anbieten. Hierzu schließen die Kassen mit Hausärztinnen und Hausärzten beziehungsweise Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Entscheiden sich Versicherte für die Teilnahme, verpflichten sie sich gegenüber ihrer Krankenkasse für ein Jahr, 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. Allerdings sind die Krankenkassen hierzu nicht verpflichtet.

2.3.2 Besondere Versorgungsformen

Bei der Integrierten Versorgung geht es um die Verzahnung der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem. Also um die Zusammenarbeit ambulanter Versorgung, stationärer Versorgung, Rehabilitation etc. Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie Angehörige

anderer Heilberufe arbeiten in der Integrierten Versorgung zusammen. Dabei stellt nicht jeder Profi seine eigene Diagnose – sie alle arbeiten von Anfang an zusammen auf einer gemeinsamen Datenbasis. So entsteht eine Behandlung, in der sich jede Fachrichtung bestmöglich und zum Wohle der Patientinnen und Patienten einfügt (integriert).

Patientinnen und Patienten müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie nicht selbst recherchieren und organisieren, nur weil sie keine Ansprechpartnerin oder keinen Ansprechpartner dafür finden. Für eine optimale Koordination ist dabei ebenso gesorgt wie für eine einheitliche Qualitätssicherung. Krankenkassen haben dafür sektorenübergreifende sowie interdisziplinär-fachübergreifend vernetzte Strukturen aufgebaut.

Für die Teilnahme an einer Integrierten Versorgungsform müssen Krankenkassen ihren Versicherten eigene Wahltarife anbieten und gewähren dafür zum Teil auch einen Bonus. Zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtsituation von älteren und gebrechlichen Patientinnen und Patienten sind auch die Pflegekassen in die Integrierte Versorgung eingebunden. Auch sie können entsprechende Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen oder solchen beitreten.

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

Für bestimmte chronische Krankheiten – derzeit für Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) – bieten die gesetzlichen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme an. An diesen sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP) können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen. Im Rahmen des 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetzes wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, weitere chronische Erkrankungen zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogram-

me eingerichtet werden. Derzeit werden beim G-BA fünf neue DMPs entwickelt (Chronische Herzinsuffizienz, Depressionen, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis und Rückenschmerz).

In den Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie andere Heilberufe koordiniert zusammen. Gemeinsam behandeln sie Patientinnen und Patienten nach neuesten Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich überprüft ist. Die Patientinnen und Patienten werden regelmäßig über Diagnosen und therapeutische Schritte informiert und von Anfang an in die Behandlungsentscheidungen miteinbezogen. Dazu werden unter anderem eigene Schulungen angeboten. Gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten vereinbaren sie einen auf sie zugeschnittenen Therapieplan, individuelle Therapieziele sowie regelmäßige Folgetermine. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen für Versicherte, die sich in ein solches strukturiertes Behandlungsprogramm freiwillig einschreiben und sich aktiv daran beteiligen möchten, einen entsprechenden Wahltarif anbieten.

Bei der Zuzahlung gilt für chronisch Kranke, die an einem DMP teilnehmen, eine verminderte Belastungsgrenze von einem statt der sonst üblichen zwei Prozent des Bruttoeinkommens.

2.3.4 Medizinische Versorgungszentren

Welche Vorteile bieten Versorgungszentren für Patientinnen und Patienten?

In Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte unter einem Dach. In den meisten Fällen handelt es sich um Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Häufig sind im gleichen Gebäude zudem auch noch andere Therapeutinnen und Therapeuten (wie zum Beispiel Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten) tätig. Hier ist Gesundheitskompetenz an einem Ort versammelt. Gesundheitsprofis arbeiten bei der Behandlung eng zusammen und verständigen sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie ihrer Patientinnen und

Patienten. Durch diese strukturierte und koordinierte Behandlung können zum Beispiel Arzneimittel besser aufeinander abgestimmt und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

Wie arbeiten Praxisnetze?

Ein Praxisnetz ist ein lokaler oder regionaler Verbund von Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zur organisierten Zusammenarbeit. Diese Arztpraxen arbeiten zwar häufig nicht unter einem Dach, sie arbeiten aber gut aufeinander abgestimmt zusammen. Solche Kooperationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden vertraglich vereinbart; mit ihnen kooperiert in der Regel mindestens ein Krankenhaus oder eine Reha-Klinik oder ein Angehöriger eines nichtärztlichen Gesundheitsberufs.

Ihre Zusammenarbeit dient unter anderem der Erfüllung bestimmter Versorgungsaufträge, der Qualitätssicherung oder der Teilnahme an der Integrierten Versorgung. Unter den Voraussetzungen einer bundesweiten Rahmenvorgabe können Praxisnetze von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt und durch die Honorarverteilung besonders gefördert werden.

2.3.5 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Wann können Krankenhäuser auch ambulant behandeln?

Grundsätzlich gilt, dass die ambulante ärztliche Versorgung niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Medizinischen Versorgungszentren obliegt, nicht hingegen den Krankenhäusern, die der Sicherstellung der stationären Versorgung dienen. Insbesondere dann, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nicht gewährleistet ist, können Krankenhäuser oder auch einzelne Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt werden.



Ambulant oder stationär – im Krankenhaus sind sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegekräfte für Sie da.

Auch im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (sogenannten Disease-Management-Programmen) sowie im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung können Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung berechtigt sein.

Darüber hinaus sind Krankenhäuser, soweit sie die hierfür jeweils im Einzelnen festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllen, gleichberechtigt neben entsprechend qualifizierten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eingebunden. Durch diese soll die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern, verbessert werden. Dies betrifft Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (wie zum Beispiel bei onkologischen Erkrankungen oder Rheuma), seltene Erkrankungen (wie zum Beispiel Mukoviszidose) oder bestimmte hoch spezialisierte Leistungen.

Das ambulante Versorgungsangebot von Krankenhäusern steht allen Versicherten zur Verfügung – die Behandlungskosten übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung.

2.4 Zahnärztliche Behandlung

Wie bei der gesamten ärztlichen Versorgung gilt auch hier: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten nur, wenn Sie als Versicherter eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt in Anspruch nehmen, die oder der eine Kassenzulassung hat.

Welche Leistungen bieten Zahnärztinnen und Zahnärzte?

Die zahnmedizinische Behandlung umfasst die Tätigkeit der Zahnärztin oder des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.

2.4.1 Zahnärztliche Leistungen

Jährliche Kontroll-/Bonusuntersuchung

Hier belohnt die gesetzliche Krankenkasse Versicherte für regelmäßiges vorsorgliches Verhalten, indem sie einen höheren Festzuschuss beim Zahnersatz gewährt, den sogenannten Bonus. Dafür müssen die Versicherten die danach benannten Bonushefte führen, in denen die Kontroll-/Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert werden.

Individualprophylaxe

Für Kinder und Jugendliche gibt es zur Vorbeugung vom vollendeten sechsten bis zum vollendeten 17. Lebensjahr Fissurenversiegelungen der bleibenden großen Backenzähne, Fluoridierungen der Zähne und Aufklärungen über eine zahngesunde Ernährung und Mundhygiene.

Zahngesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, denen ein Zahnarztbesuch selbst nicht (mehr) möglich ist, können eine sogenannte *aufsuchende* zahnmedizinische Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim in Anspruch nehmen. Darüber hinaus werden sie ab dem 1. Juli 2018 Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention erhalten. Diese erfassen insbesondere die Erhebung des Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflege- und Unterstützungspersonen der Versicherten sollen in die Beratung und die Erstellung des Pflegeplans miteinbezogen werden.

Zahnärztliche Behandlung

Hier handelt es sich im Wesentlichen um Maßnahmen wie die Entfernung harter Zahnbeläge („Zahnsteinentfernung“), Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen, kieferchirurgische und parodontologische Leistungen. Diese Leistungen sind grundsätzlich zuzahlungsfrei, da sie von den Krankenkassen als Sachleistung übernommen werden. Ausnahmen bestehen für Leistungen, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen und von Versicherten im Rahmen der sogenannten Mehrkostenregelung frei gewählt werden (zum Beispiel Inlays). Hierfür ist vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Vereinbarung zwischen den Versicherten und der Zahnärztin oder dem Zahnarzt zu treffen.

Kieferorthopädische Behandlungen

Die Korrektur von Kiefer- oder Zahnfehlstellungen zum Beispiel mit Zahnspangen wird bei medizinisch begründeten Indikationen bis zum 18. Lebensjahr übernommen.

Behandlung mit Zahnersatz

Sie umfasst die Versorgung mit Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgestütztem Zahnersatz. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen befundbezogenen Festzuschuss. Dieser orientiert sich am zahn-

ärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung – der sogenannten Regelversorgung. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind. Durch die befundbezogenen Festzuschüsse wird sichergestellt, dass sich die Versicherten für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz (Suprakonstruktionen). Die über den Festzuschuss hinausgehenden Kosten müssen Versicherte selbst zuzahlen, auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen sie selbst auf.

2.4.2 Kosten für Zahnersatz

Welche Leistungen erstattet die Krankenkasse?

Der befundbezogene Festzuschuss umfasst 50 Prozent des für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Betrages. Sofern Versicherte mit ihrem Bonusheft nachweisen können, dass sie in jedem der Jahre vor Beginn der Behandlung die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, erhöht sich der Festzuschuss auf 60 Prozent und nach zehn Jahren ununterbrochener Inanspruchnahme auf 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Informationen dazu gibt jede Krankenkasse.

Zahnärztinnen und -ärzte sind verpflichtet, ihren Patientinnen und Patienten vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan zur Verfügung zu stellen. Diese reichen den Plan dann bei ihrer Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung ein.

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt das Einkommen Versicherter unter einer bestimmten Einkommensgrenze (monatliche Bruttoeinkommensgrenze für Alleinstehende 2018: 1.218 Euro, für den ersten

im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze um 456,75 Euro und für jeden weiteren um 304,50 Euro), erhalten sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen.

Bei Personen, die Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II oder Ausbildungsförderung nach dem BAföG oder dem SGB III beziehen, wird unterstellt, dass sie unzumutbar belastet sind. Bei ihnen erfolgt keine Einkommensprüfung. Das gilt auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, wenn die Unterbringungskosten ganz oder teilweise von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge aufgebracht werden. Für alle anderen gilt eine **gleitende Härtefallregelung**: Durch diese wird ermöglicht, dass Versicherte, deren Einkommen die für die vollständige Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze übersteigt, ebenfalls Anspruch auf einen weiteren Betrag haben. Dieser über den Festzuschuss hinausgehende weitere Betrag kann bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses reichen. Die Höhe des weiteren Betrages hängt von der Höhe des Einkommens im Einzelfall ab. Es gilt die Regel, dass jeder Versicherte höchstens bis zum Dreifachen des Betrages selbst leisten muss, um den sein Einkommen vom geringen Einkommen (für Alleinstehende 2018: 1.218 Euro) abweicht. Der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag darf auch hier insgesamt nicht über die tatsächlich entstandenen Kosten hinausgehen. Krankenkassen bieten ihren Versicherten Zusatzversicherungen für Zahnersatz an – dabei unterscheidet sich das Leistungsspektrum erheblich.

Durchgerechnet



Beispiel

Ein alleinstehender Versicherter hat ein Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.274 Euro. Damit liegt er 56 Euro über 1.218 Euro, der für ihn maßgebenden Einnahmegrenze. 56 Euro multipliziert mit 3 ergeben 168 Euro. Die Eigenbeteiligung beträgt mithin höchstens 168 Euro.

2.5 Angebote für besondere Personengruppen

2.5.1 Angebote für werdende Mütter

Welche Leistungen übernehmen die Kassen bei Schwangerschaft und direkt nach der Geburt?

Schwangerschaft und Mutterschaft genießen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung einen besonderen Stellenwert. Zu den in der Regel zuzahlungsfreien Leistungen gehören:

- Ärztliche Betreuung einschließlich der Schwangerenvorsorge
- Leistungen im Zusammenhang mit der Entbindung (stationäre Entbindung im Krankenhaus oder in einer anderen Einrichtung mit Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung, ambulant oder zu Hause)
- Betriebskostenzuschuss für Geburtshäuser – 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.
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt stehen
- 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

Wie berechnet sich das Mutterschaftsgeld?

Mutterschaftsgeld wird regelmäßig für die letzten sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung, für den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen nach der Geburt – bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung – gezahlt. Ebenso wird die Zahlung des Mutterschaftsgeldes um vier Wochen verlängert, wenn das Baby mit einer Behinderung zur Welt kommt und die Behinderung in den ersten acht Wochen

nach der Geburt ärztlich festgestellt wird. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem durchschnittlichen Entgelt der letzten drei Monate beziehungsweise der letzten 13 Wochen vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist. Die Krankenkasse zahlt maximal 13 Euro am Tag, der Arbeitgeber zahlt für die Zeit der Schutzfristen und für den Entbindungstag den Betrag der Differenz zum durchschnittlichen Nettolohn.

2.5.2 Angebote für seelisch kranke Menschen

Wie ist der Zugang zur Psychotherapie?

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung können ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes zugelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anspruch nehmen, wenn sie seelisch krank sind. Dabei stehen ihnen neben den psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten auch approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten behandeln Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr.

Mit der Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden ab dem 1. April 2017 wird ein niedrighwelliger Zugang zur ambulanten Psychotherapie geschaffen. An die Sprechstunde können sich eine Akutbehandlung und sogenannte probatorische Sitzungen anschließen. Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren dienen. Darüber hinausgehende Psychotherapiesitzungen in dem geeigneten Psychotherapieverfahren werden bei der Krankenkasse beantragt. Die Anträge dazu stellen in der Regel die Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten.

Was versteht man unter Soziotherapie?

Die ambulante Soziotherapie soll Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die Lage versetzen, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen wird den Patientinnen und Patienten geholfen, psychosoziale Defizite abzubauen und die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und wahrzunehmen. So sollen unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Bei einer Soziotherapie zahlen Versicherte zehn Prozent der täglichen Kosten, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Eine individuelle Einheit dauert bis zu 60 Minuten, eine Gruppeneinheit dagegen immer 90 Minuten. Eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer gibt es nicht. Diese ergibt sich jedoch automatisch aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Höchstbezugsdauer von 120 Stunden in drei Jahren und der Belastungsgrenze.

2.5.3 Angebote für Sterbenskranke

Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben Anspruch auf eine spezialisierte palliative Versorgung. Die Palliativmedizin hat das Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation), wenn keine Aussicht auf Heilung mehr besteht. Die Palliativversorgung kann ambulant oder stationär erfolgen – auf beides haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch.

Können Sterbende auch zu Hause medizinisch versorgt werden?

Ambulante Palliativversorgung beinhaltet, dass Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung 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 schwerstkranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung und in der Nähe ihrer Angehörigen zu bleiben.

Wann werden Sterbenskranke stationär in Hospizen behandelt?

Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen. Der Hospizgedanke hat in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Es gibt eine wachsende Anzahl ambulanter Hospizdienste und stationärer Hospize, die Sterbende in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der versicherten Person nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in stationären Hospizen untergebracht werden. Der versicherten Person entstehen dabei keine Zusatzkosten.

Gibt es spezialisierte Angebote für sterbende Kinder?

Stärker noch als in Hospizeinrichtungen für Erwachsene werden bei den Kinderhospizen auch die Angehörigen einbezogen. Zudem ist die Betreuungsdauer eines sterbenden Kindes deutlich länger als bei Erwachsenen. Dies bedeutet für die Arbeit eines Kinderhospizes, dass über einen längeren Zeitraum zumeist mehrfache Aufenthalte zur Entlastung und professionellen Unterstützung der Familie erfolgen.

Welche Neuerungen gelten für die Versorgung schwerstkranker Menschen?

Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Das seit 8. Dezember 2015 geltende Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) fördert den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz und Krankenhaus.

Eine wesentliche Neuerung ist der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ-Hospizversorgung unterstützen. Dabei sollen sie auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase, insbesondere zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

Was verbessert sich in der hospizlichen Versorgung?

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-hospize ist gestärkt worden. Zum einen ist der Mindestzuschuss der Krankenkassen gestiegen – vorher noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten einen höheren Tagessatz je betreuten Versicherten. Zum anderen tragen die Kassen jetzt 95 statt wie vorher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Bei den Zuschüssen für ambulante Hospizdienste werden neben den Personalkosten nun auch Sachkosten (zum Beispiel Fahrtkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) berücksichtigt. Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

Was verbessert sich in der ambulanten Versorgung?

Hier gibt es zusätzlich vergütete Leistungen, die Ärzteschaft und Krankenkassen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, für Zusatzqualifikationen von Ärztinnen und Ärzten oder zur Förderung der Netzwerkarbeit mit anderen beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen. Darüber hinaus kann eine häusliche Krankenpflege für die Palliativversorgung nunmehr länger als für die bisher möglichen vier Wochen verordnet werden. In ländlichen und strukturschwachen Regionen wird der Ausbau der sogenannten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gefördert.

Was verbessert sich in stationären Pflegeeinrichtungen?

Pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung gehören zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege. Die Sterbebegleitung ist nunmehr ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung geworden; dies wird auch in den gesetzlichen Vorgaben zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene ausdrücklich betont. Pflegeheime sollen insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Pflegeeinrichtung in Ärztenetze mit Haus-, Fach- und Zahnärztinnen und -ärzten, auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken zur medizinischen Versorgung der

Bewohnerinnen und Bewohner, hinweisen. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Seit dem 1. Juli 2016 sollen Pflegeheime auch auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz hinweisen. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, diese Informationen an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. Darüber hinaus ist die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen worden, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können.

Was verbessert sich in Krankenhäusern?

Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern ist vorgesehen, dass für Palliativstationen oder -einheiten anstelle von bundesweit kalkulierten, pauschalen Entgelten künftig krankenhausespezifische Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden können, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Auch darüber hinaus wird die Palliativversorgung gestärkt: Krankenhäuser können ab dem Jahr 2017 krankenhausespezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren, ab dem Jahr 2019 sind hierfür bundesweit einheitliche Zusatzentgelte möglich. Die Krankenhäuser können dafür hausinterne Palliativteams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.

2.5.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.

In welchen Fällen wird künstliche Befruchtung von der Krankenkasse erstattet?

Frauen dürfen bei einer künstlichen Befruchtung nicht jünger als 25 Jahre und nicht älter als 40 Jahre sein. Männer dürfen das 50. Le-

bensjahr 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: Die Paare müssen verheiratet sein. Unverheiratete Paare können bei bestimmten Voraussetzungen eine Förderung durch das Bundesfamilienministerium bekommen.

Übernimmt die Krankenkasse die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Leistungen bei einem Abbruch der Schwangerschaft durch eine Ärztin oder einen Arzt bei medizinischen und kriminologischen Gründen. Bei einem Abbruch der Schwangerschaft aus sozialen Gründen nach der sogenannten Beratungsregelung werden die Kosten bei finanzieller Bedürftigkeit der Frau von der Krankenkasse zunächst übernommen. Diese Kosten werden der Krankenkasse von den Ländern zurückerstattet.

2.6 Hilfen zu Hause

2.6.1 Häusliche Krankenpflege

Welche häuslichen Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Versicherte neben der ärztlichen Behandlung einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Die Versicherten erhalten dabei in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem sonst geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, eine häusliche Krankenpflege, soweit eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Dieser Anspruch auf häusliche Krankenpflege umfasst die erforderlichen Leistungen der Behandlungs- und Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung.



Nach der Krankenhausbehandlung können Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte für einen begrenzten Zeitraum neben Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch häusliche Krankenpflege verordnen.

Darüber hinaus erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn dies zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person wegen Krankheit der ärztlichen Heilbehandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Zudem kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, dass zusätzlich zur Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden. Der Anspruch sowohl bei der Krankenhausvermeidungspflege als auch bei der Sicherungspflege besteht jedoch nur dann, soweit eine im Haushalt lebende Person die Kranke oder den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Was ist bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu beachten?

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus gilt: Eine häusliche Krankenpflege kann durch Vertragsärztinnen und -ärzte, aber auch durch Krankenhausärztinnen und -ärzte verordnet werden, die als zuletzt Behandelnde meistens am besten über die Situation der Patientin oder des Patienten informiert sind. Im Rahmen des Entlassungsmanagements nach der Krankenhausbehandlung können Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte künftig Arzneimittel und für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen unter anderem Verband-, Heil- und Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege verordnen. Die verantwortlichen Krankenhausärztinnen und -ärzte müssen die zuständigen Vertragsärztinnen und -ärzte darüber informieren.

2.6.2 Haushaltshilfe

Wenn eine Haushaltshilfe gebraucht wird

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

- Wenn wegen einer Krankenhausbehandlung oder bestimmter anderer Leistungen wie ambulanter oder stationärer Vorsorge und Rehabilitationsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist
- Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Auch hier besteht der Anspruch nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Manche Krankenkassen zahlen auch, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen weitergehende Leistungen der Haushaltshilfe vorsehen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. 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.

2.7 Fahrkosten

Werden 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 zum Beispiel die Fahrten zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Schwerbehinderten werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 vorliegt. Bei Personen mit Pflegegrad 3 muss zusätzlich die dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung durch sowohl somatische als auch kognitive Ursachen ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten sowie seit dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, bedarf es keiner gesonderten Feststellung einer dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt und die Genehmigung der Krankenkasse.

Auch wenn Versicherte keinen Schwerbehindertenausweis mit den relevanten Merkzeichen haben, können Krankenkassen bei Vorliegen einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen.

Gut zu wissen



Wann zahlen Krankenkassen Fahrkosten?

- Krankenkassen übernehmen 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.

Versicherte müssen sich auf jeden Fall 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.

2.8 Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Versicherte vom Arbeitgeber in der Regel sechs Wochen lang weiterhin ihr Arbeitsentgelt fortgezahlt. Anschließend zahlt die Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze (4.350 Euro im Monat beziehungsweise 52.200 Euro im Jahr; Stand 2017), jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld ist einschließlich Entgeltfortzahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beschränkt.

Wie lange erhalten Eltern Krankengeld, wenn ihre Kinder krank sind?

Gesetzlich versicherte Eltern bekommen für jedes gesetzlich versicherte Kind bis zu zehn Arbeitstage Krankengeld im Jahr, wenn



Werden bestimmte Voraussetzungen erfüllt, bekommen gesetzlich versicherte Eltern für jedes gesetzlich versicherte Kind bis zu zehn Arbeitstage Krankengeld im Jahr.

ihr Kind unter zwölf Jahre alt ist, nach ärztlichem Attest von ihnen beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss und berufstätige Eltern daher nicht ihrer Arbeit nachgehen können und keine andere im Haushalt lebende Person die Betreuung oder Pflege übernehmen kann. Insgesamt ist der Anspruch auf 25 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden auf 50 Arbeitstage begrenzt.

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, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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

2.9 Begriffe und Institutionen

GKV-Spitzenverband

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist der alleinige gesetzlich vorgesehene Verband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene und regelt insbesondere die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu gewährleisten. Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für seine Mitglieds-kassen, die Landesverbände der Krankenkassen und für die Versicherten. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Sein Verwaltungsrat besteht aus Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sind ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts und werden von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Länder auf Bundesebene gebildet. Die KBV und die KZBV schließen mit dem GKV-Spitzenverband allgemeine Vereinbarungen über Organisation und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung ab.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist ein privatrechtlicher Zusammenschluss aller Landeskrankhausgesellschaften sowie

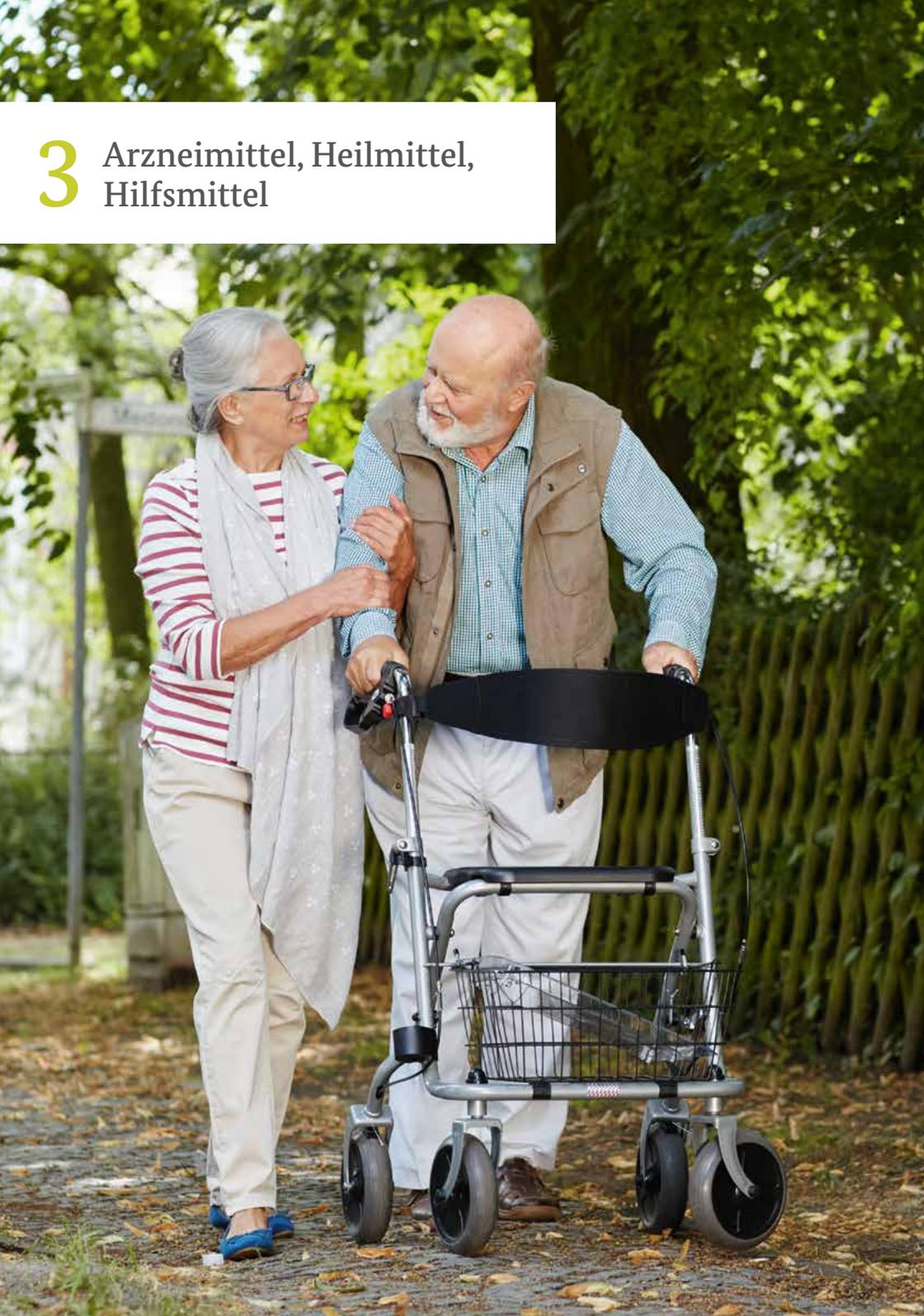
Trägerverbände und vertritt die Krankenhäuser auf Bundesebene. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und auf dem Gebiet des Krankenhauswesens. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft pflegt und fördert den Erfahrungsaustausch und unterstützt die wissenschaftliche Forschung. Sie unterrichtet die Öffentlichkeit und unterstützt staatliche Körperschaften und Behörden bei der Vorbereitung und der Durchführung von Gesetzen.

Die DKG ist auf Bundesebene Vertragspartner des GKV-Spitzenverbandes. Sie gestaltet auch das Vergütungssystem im Krankenhaus, zum Beispiel bei der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes, und die Sicherung der Qualität im stationären Bereich mit. Bei ihren Aufgaben wird die DKG vom Deutschen Krankenhausinstitut unterstützt.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenhäusern. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung bindend.

3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel



Damit Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder verhindert werden können, bedarf es umfassender therapeutischer Hilfe. Die Ärztin oder der Arzt legt die Therapie fest, die anderen Partner im Gesundheitswesen sorgen für die notwendige therapeutische Unterstützung.

Arzneimittel wie zum Beispiel Schmerzmittel spielen dabei eine zentrale Rolle. Heilmittel wie Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie sind heute auch integraler Bestandteil zeitgemäßer medizinischer Behandlung. Hilfsmittel wie Rollstühle, Körperprothesen oder Gehhilfen gleichen vorhandene körperliche Beeinträchtigungen aus.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sind fester Bestandteil der Heilbehandlung, Rehabilitation und Vorsorge.

3.1 Arzneimittel

Arzneimittel bedürfen, bevor sie in den Verkehr gebracht werden, grundsätzlich einer behördlichen Genehmigung. Im Rahmen dieses Zulassungsverfahrens weist der pharmazeutische Unternehmer die Wirksamkeit, die pharmazeutische Qualität und die Unbedenklichkeit des Arzneimittels nach.

Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses

Insbesondere wird bei der Zulassung der Nutzen in Abwägung zu den Risiken für Patientinnen und Patienten untersucht. Nicht umsonst dauert es Jahre, bis ein Arzneimittel nach seiner Entwicklung auch tatsächlich in die Apotheken gelangen kann. Aber auch während und nach der Marktzulassung finden laufende Kontrollen statt. Für die regelmäßige Überprüfung von Sicherheit und Qualität sorgen eine ganze Reihe staatlicher Behörden – wie zum Beispiel das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI).

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ – Dieser inzwischen allgemein bekannte Satz weist darauf hin, dass man sich vor der Anwendung eines Arzneimittels fachmännisch über Anwendungsrisiken beraten lassen sollte. Jedoch treten bei weitem nicht alle für ein Arzneimittel angegebenen Risiken bei jedem Anwender auf. Deshalb ist das Gespräch mit der Apothekerin oder dem Apotheker sowie mit der Ärztin oder dem Arzt über Anwendung und Dosierung von Arzneimitteln wichtig. Dabei können auch zum Beispiel Fragen zu den Informationen auf Beipackzetteln angesprochen werden. Diese Packungsbeilagen dienen im Wesentlichen der Aufklärung über den Gebrauch sowie mögliche Nebenwirkungen des jeweiligen Arzneimittels.

GKV-Versicherte, die dauerhaft für mindestens 28 Tage drei oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden, haben seit Oktober 2016 zudem Anspruch auf einen Medikationsplan, der mittelfristig über die Gesundheitskarte abrufbar sein soll. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten sicher zu gestalten und für die Ärztin und den Arzt, die Apothekerin und den Apotheker und den Versicherten Transparenz im Hinblick auf die jeweils angewandten Arzneimittel zu schaffen.

Gleichgewicht zwischen Innovation und Gerechtigkeit

Wer in Deutschland krank wird, kann sich auf eine Versorgung mit guten Arzneimitteln verlassen. Gerade die Fortschritte in der Arzneimitteltherapie sind untrennbar mit der hohen Qualität der Gesundheitsversorgung verbunden. Die Kosten dafür sind aber erheblich. So sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten Jahrzehnten stark angewachsen und haben sich zu einem Dauerproblem für die GKV entwickelt. Es ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik, dafür zu sorgen, dass die Ausgaben nicht ungebremsst weiterwachsen, denn das würde die Beitragslast der Versicherten in unverträglicher Weise erhöhen. Genauso muss sie aber darauf achten, dass den Patientinnen und Patienten auch zukünftig die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen. Das

setzt wiederum voraus, dass Arzneimittelhersteller einen Teil ihrer Kosten über die Arzneimittelpreise refinanzieren können und im Übrigen die Förderbedingungen für die Forschung in Deutschland attraktiv gestaltet sind. Es geht also um den Ausgleich unterschiedlicher Interessen.

3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln

Welche Arzneimittel erhalten Patientinnen und Patienten in der Apotheke nur auf Verschreibung?

Aufgrund des Arzneimittelgesetzes sind Arzneimittel dann verschreibungspflichtig, wenn ihre Anwendung einer ärztlichen (beziehungsweise zahnärztlichen) Überwachung bedarf. Dazu zählen zunächst Arzneimittel, die die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gefährden können, wenn sie ohne ärztliche Verschreibung angewendet werden. Ferner gehören dazu aber auch Arzneimittel, die häufig in erheblichem Umfang missbräuchlich angewendet werden (wenn dadurch die Gesundheit unmittelbar oder mittelbar gefährdet werden kann), und Arzneimittel, die Stoffe oder Zubereitungen von Stoffen mit in der medizinischen Wissenschaft nicht allgemein bekannten Wirkungen enthalten. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind gleichzeitig auch immer apothekenpflichtig. Zu ihnen zählen so wichtige Arzneimittel wie Antibiotika, Antidiabetika oder Krebstherapeutika. Ebenso sind Betäubungsmittel wie zum Beispiel starke Schmerzmittel oder Arzneimittel auf Cannabisbasis verschreibungspflichtig, die auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnet werden müssen.

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

Welche Arzneimittel bedürfen nicht der Apothekenpflicht?

Nicht apothekenpflichtig sind nach dem Arzneimittelgesetz zunächst Arzneimittel, die ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bestimmt sind. Darüber hinaus sind bestimmte Arzneimittel frei verkäuflich, die im Arzneimittelgesetz oder in der Verordnung über apothekenpflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel explizit genannt sind (zum Beispiel Heilerde, Bademoore, bestimmte Pflanzenpresssäfte oder Desinfektionsmittel). Sie können in Apotheken und auch in Drogerie- oder Supermärkten erworben werden. Zu frei verkäuflichen Arzneimitteln zählen auch bestimmte Tees und Vitaminpräparate.

Preisvergleich bei Arzneimitteln

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Da auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie zum Beispiel Kopfschmerztabletten häufig von mehreren Firmen angeboten werden, kann sich ein Preisvergleich lohnen. Darüber hinaus kann jede Apotheke für diese Arzneimittel ihren Abgabepreis selbst festlegen.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Wenn die Ärztin oder der Arzt nicht ein ganz bestimmtes Arzneimittel verordnet, können Versicherte in der Apotheke nach einem günstigen, wirkstoffgleichen Arzneimittel fragen. Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet, wirkungsgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel – sogenannte Generika – auszuhändigen, wenn die Ärztin oder der Arzt statt eines speziellen Arzneimittels nur einen Wirkstoff verschrieben hat (Aut-idem-Regelung). Das Gleiche gilt, wenn die Ärztin oder der Arzt nicht ausdrücklich ausschließt, das verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen.

Was besagt die Aut-idem-Regelung?

Auf einem Rezept für Arzneimittel befinden sich in dem Feld, in dem die Ärztin oder der Arzt das oder die verordneten Arzneimittel einträgt, kleine Kästchen mit den Worten „aut idem“. Die Ärztin oder der Arzt erlaubt der Apothekerin oder dem Apotheker durch die Wörter „aut idem“, die lateinisch „oder das Gleiche“ bedeuten,



Der Umgang mit Arzneimitteln bedarf größter Sorgfalt.

das namentlich verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen. Dieses muss über den gleichen Wirkstoff und Wirkstoffgehalt verfügen und gleich zubereitet sein. Durch die Ausgabe von günstigeren Präparaten können so Kosten gespart werden. Wenn die Ärztin oder der Arzt ein bestimmtes Präparat verordnet und den Austausch also ausschließen will, muss sie oder er das Kästchen ankreuzen. Das kann zum Beispiel bei schweren Allergien oder Unverträglichkeiten von Zusatzstoffen der Fall sein.

Was sind Generika?

Als Generikum (Mehrzahl: Generika) bezeichnet man ein Arzneimittel, welches eine wirkstoffgleiche Kopie – auch in Bezug auf die Darreichungsform – eines bereits zugelassenen Referenzarzneimittels ist. Das Generikum kann jedoch andere Hilfsstoffe als das Referenzarzneimittel enthalten. Vor ihrem Markteintritt bedürfen

Generika wie alle Arzneimittel einer behördlichen Zulassung. Diese läuft für ein Generikum grundsätzlich nach den gleichen Prinzipien ab wie für alle Arzneimittel. Unter bestimmten (zeitlichen) Voraussetzungen kann der Antragsteller ein bereits zugelassenes Arzneimittel (Originator) als Referenzarzneimittel angeben und auf Unterlagen dieses Arzneimittels Bezug nehmen. Das heißt, dass der Antragsteller auf die einer Behörde bereits vorliegenden Unterlagen des Referenzarzneimittels zu Ergebnissen von präklinischen und klinischen Prüfungen verweist und diese Daten nicht selbst erheben muss. Ein Generikum, das gemäß dieser Bestimmung zugelassen wurde, darf frühestens nach Ablauf von zehn Jahren nach Erteilung der Zulassung für das Referenzarzneimittel in den Verkehr gebracht werden. Generika sind in der Regel preiswerter als die Originalpräparate, weil der Hersteller keine eigene Forschung betreiben muss, sondern vom abgelaufenen Patent- und Unterlagenschutz für ein bewährtes Arzneimittel profitiert. Pharmazeutische Unternehmen lassen sich neu entwickelte Arzneiwirkstoffe patentieren. Der Patentschutz gibt ihnen das alleinige Recht, den Wirkstoff zu vermarkten. Laufen der Patent- und der Unterlagenschutz aus, können auch andere Unternehmen die Unterlagen des Originators für ein Zulassungsverfahren nutzen und das Arzneimittel unter einem anderen Namen verkaufen.

3.1.2 Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Versicherte zahlen für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel pro Packung 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 Versicherte fünf Euro dazu. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten zwölften und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr sind von den Zuzahlungen für

Arzneimittel befreit. Außerdem besteht keine Zuzahlungspflicht, wenn die Verordnung der rezeptpflichtigen Arzneimittel im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Entbindung steht. Arzneimittel, die besonders preiswert sind (mind. 30 Prozent billiger als der Festbetrag), können ebenso von der Zuzahlung befreit werden. Zudem haben einzelne Krankenkassen die Möglichkeit, Arzneimittel, über die sie Rabattverträge geschlossen haben, von der Zuzahlung zu befreien.

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

3.1.3 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht staatlich festgelegt. Das bedeutet: Jeder Inhaber, jede Inhaberin einer öffentlichen Apotheke 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.

In welchen Fällen erstatten die GKV nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich nicht von den GKV erstattet. Ausgenommen sind jedoch Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen

gen bis zum 18. Lebensjahr, denen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ärztlich verordnet werden.

Auch bei schweren Erkrankungen bezahlt die Krankenkasse unter Umständen die Kosten für rezeptfreie Arzneimittel – zum Beispiel wenn diese zur Standardtherapie bei der Behandlung von Krebs oder den Folgen eines Herzinfarkts zählen. Welche Arzneimittel dazugehören, legt der G-BA in Richtlinien fest.

Ärztinnen und Ärzte können 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 eingesetzt wird.

Werden rezeptfreie Arzneimittel verschrieben, gelten die gleichen Zuzahlungsregeln wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Falls hier die Kosten unter fünf Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

Sonderfall Harn- und Blutteststreifen: Sie sind zwar keine Arzneimittel, werden aber dennoch von den Krankenkassen übernommen, wenn ihre Anwendung anerkannter Therapiestandard ist, wie zum Beispiel der Blutzuckertest bei Diabetikerinnen und Diabetikern, die sich selbst Insulin injizieren und dazu den Blutzuckerspiegel überwachen müssen.

3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität

Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität werden von der GKV generell nicht bezahlt. Dazu zählen Mittel gegen Potenzschwäche oder Impotenz, Mittel zur Raucherentwöhnung, Appetithemmer oder Mittel zur Regulierung des Körpergewichts sowie Haarwuchsmittel.

3.2 Hilfsmittel

Zur Krankenbehandlung gehören nicht nur Arzneimittel, oft sind auch technische oder andere Hilfsmittel medizinisch notwendig, die zusätzlich unterstützen und bei der Heilung helfen.

Welche Hilfsmittel zahlt die Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Hilfsmittel, wenn sie 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 – zum Beispiel 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.

Der Anspruch umfasst zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels auch die damit verbundenen Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und die notwendigen Wartungen und technische Kontrollen.

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse grundsätzlich vorher genehmigt werden, soweit diese nicht darauf verzichtet hat – zum Beispiel bei Hilfsmitteln unter einer bestimmten Preisgrenze. Das gilt auch, wenn das Hilfsmittel von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt verordnet wurde.

Messgeräte

Messgeräte (zum Beispiel zur Messung des Blutdrucks oder des Blutzuckers) werden von Krankenkassen nur erstattet, wenn es aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich ist. Das gilt, wenn Patientinnen und Patienten das jeweilige Gerät zur dauernden selbstständigen Überwachung des Krankheitsverlaufs oder zur sofortigen selbstständigen Anpassung der Medikation brauchen.

Sehhilfen/Brillen

Einen Leistungsanspruch auf Brillen und Sehhilfen haben Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Wer 18 Jahre und älter ist, hat einen Anspruch auf therapeutische Sehhilfen, sofern sie der Behandlung von Augenverletzungen oder -erkrankungen dienen – zum Beispiel besondere Gläser, Speziallinsen, Okklusionsschalen. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt.

Darüber hinaus haben Versicherte, die 18 Jahre und älter sind, einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt: Wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 bei bestmöglicher Brillenkorrektur gegeben ist oder eine Sehhilfe mit einer Brechkraft von mehr als 6 Dioptrien infolge von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder von mehr als 4 Dioptrien infolge von Hornhautverkrümmung notwendig ist.

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 hoch ist die Zuzahlung bei Hilfsmitteln?

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Batterien, Sonden oder Spritzen –, zahlen Versicherte 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 Versicherte 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.

Wo erhalten Versicherte Hilfsmittel?

Die Versorgung der Versicherten erfolgt über Vertragspartner der Krankenkassen. Versicherte können grundsätzlich alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Im Falle von Ausschreibungen muss die Versorgung allerdings grundsätzlich durch einen von der Krankenkasse zu benennenden Ausschreibungsgewinner erfolgen, wobei auch bei Ausschreibungen Verträge mit mehreren Leistungserbringern abgeschlossen werden können. Bei berechtigtem Interesse können die Versicherten ausnahmsweise auch andere Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende Mehrkosten müssen die Versicherten aber selbst tragen.

3.3 Heilmittel

Wann besteht Anspruch auf Heilmittel wie Krankengymnastik oder Physiotherapie?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf medizinisch notwendige Heilmittel. Diese dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden. Voraussetzung: Das Heilmittel hilft, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen, zum Beispiel um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf haben danach die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum von ihrer Krankenkasse genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Heilmittel-Richtlinie. Heilmittelleistungen dürfen ausschließlich von zugelassenen Heilmittelerbringern wie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden oder Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten erbracht werden. Beispiele für Heilmittel sind Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie.

Welche Heilmittel werden von der Krankenkasse erstattet?

Ärztinnen und Ärzte können Heilmittel nur dann verordnen, wenn deren therapeutischer Nutzen anerkannt und die Qualität bei der Leistungserbringung gewährleistet ist. Welche Heilmittel verordnungsfähig sind, ist in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt. Im sogenannten Heilmittelkatalog, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, sind einzelnen Erkrankungsbildern Heilmittel zugeordnet, die verordnet werden können. Bei Fragen zu der Heilmittel-Richtlinie können sich Versicherte an ihre Krankenkasse, ihre Ärztin oder ihren Arzt wenden.

Wie hoch ist die Zuzahlung bei Heilmitteln?

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

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

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

+ 1 Verordnung = 10,00 €

Gesamtzuzahlung = 19,60 €

3.4 Apotheken

Beratung in der Apotheke

Bei der Abgabe von Arzneimitteln besteht eine Verpflichtung zur Information und Beratung. Der hierzu erforderliche Umfang kann unterschiedlich sein. Die Beratung muss sicherstellen, dass die notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung, eventuelle Neben- oder Wechselwirkungen sowie zur sachgerechten Aufbewahrung des Arzneimittels übermittelt werden. Durch Nachfragen ist auch festzustellen, ob ein weitergehender Informations- und Beratungsbedarf besteht. So kann anschließend eine Beratung erfolgen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingeht.

In der Apotheke erhalten Versicherte auch Informationen darüber, welche Arzneimittel sie rezeptfrei kaufen können und wann sie gegebenenfalls besser eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen sollten. Informationen zu einer gesunden Lebensweise und hilfreiche Tipps zur Unterstützung des Heilungsprozesses runden in vielen Fällen die kompetenten Beratungsleistungen ab.

Versandapotheken

Deutsche Apotheken, die Arzneimittel versenden, benötigen dazu die Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde. Eine Voraussetzung für die Erteilung dieser Erlaubnis ist, dass der Versand aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb und nach den dafür geltenden Vorschriften erfolgt. Versicherte können Arzneimittel bei diesen Apotheken bestellen – per Post, Telefon oder Internet. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln muss das Rezept im Original auf dem Postweg an die Apotheke geschickt werden.

Versicherte können unter bestimmten Voraussetzungen auch Arzneimittel von Versandapotheken anderer europäischer Staaten bestellen. Diese Apotheken dürfen nur solche Arzneimittel verschicken, die in Deutschland zugelassen sind. Solche Arzneimittel müssen in deutscher Sprache gekennzeichnet und mit einer Packungsbeilage in deutscher Sprache versehen sein.

Wenn Arzneimittel online bestellt werden

Bei Online-Bestellungen sollten Verbraucherinnen und Verbraucher darauf achten, dass sie es mit einem seriösen Anbieter zu tun haben. Hierfür wurde ein gemeinsames europäisches Versandhandelslogo geschaffen.

Alle Apotheken und sonstigen Unternehmen in der Europäischen Union müssen auf ihren Websites dieses Logo verwenden, wenn sie der Öffentlichkeit über das Internet Arzneimittel, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, zum Verkauf anbieten. Das gemeinsame europäische Versandhandelslogo zeigt den Verbraucherinnen und Verbrauchern, dass ein Versandhändler nach seinem jeweiligen nationalen Recht zum Versandhandel über das Internet mit Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt

sind, berechtigt ist. Zudem lässt sich zukünftig auf den ersten Blick der Mitgliedstaat erkennen, in dem die Versandhändlerin oder der Versandhändler niedergelassen ist. Alle Apotheken und sonstigen Unternehmen, die einen entsprechenden Versandhandel betreiben, werden in ein nationales Versandhandelsregister eingetragen. In Deutschland wird dieses Register vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) geführt. Das Logo ist mit dem jeweiligen nationalen Register verlinkt. Auf diese Weise kann die Legalität der Website überprüft werden. Nähere Informationen finden sich auf der Website des DIMDI (<https://www.dimdi.de/static/de/amg/versandhandel/>).



Das gemeinsame europäische Logo für Versandapotheken

Keinesfalls sollten Arzneimittel bei dubiosen Anbietern bestellt werden. Sonst muss damit gerechnet werden, dass möglicherweise Arzneimittelfälschungen erworben werden. Das Spektrum kann dabei von der Fälschung der Packung bis zur Fälschung des Arzneimittels selbst reichen. Gefälschte Arzneimittel können wirkungslos, gesundheitsschädlich oder schlimmstenfalls tödlich sein.

3.5 Zuzahlung

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

Mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum Jahresbeginn 2013 wurde den Patientinnen und Patienten ein Teil der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgege-

ben. Zudem wurden dadurch die Arzt- und Zahnarztpraxen sowie die Notfallambulanzen der Krankenhäuser von einem erheblichen bürokratischen Aufwand entlastet. Die hierdurch gewonnene Zeit kann unmittelbar in die Versorgung der Patientinnen und Patienten fließen.

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 nicht 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.

Müssen Eltern auch für ihre Kinder Zuzahlungen leisten?

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.

Bei welchen Gesundheitsleistungen 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 Seite 132 ff.),
- empfohlenen Schutzimpfungen (☑ siehe Übersicht Seite 138 ff.),
- Harn- und Blutteststreifen.

Welche Belastungsgrenzen gelten bei der Zuzahlung?

Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher sollten immer alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Die Belastungsgrenze errechnet sich aus den Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen. Andere Angehörige als die Kinder

oder Partnerinnen oder Partner können nach Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden, wenn sie ihren gesamten Lebensunterhalt mit der Familie bestreiten.

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, oder beispielsweise chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (☑ siehe Kapitel 2.3.3) teilnehmen, gilt eine Grenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.
- 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.

Welche besonderen Zuzahlungsregelungen gelten für Familien?

Für Familien gelten Freibeträge, die von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen werden können. Die Höhe des Freibetrags richtet sich nach der sogenannten Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist ein Durchschnittswert der Jahreseinnahmen der Versicherten. Im Jahr 2018 liegt dieser Wert bei 36.540 Euro. Für jedes minderjährige oder familienversicherte Kind der oder des Versicherten und der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird ein Freibetrag von derzeit 7.428 Euro berücksichtigt.

Alle Zuzahlungen, die Versicherte und in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Angehörige und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner leisten, werden zusammen berücksichtigt. So lassen sich Zuzahlungs- und Einnahmenhöhe errechnen und

in ein Verhältnis zueinander setzen. Sobald Versicherte die Belastungsgrenze erreicht haben, sind sie und ihre mitversicherten Familienmitglieder für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

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 Arbeitseinkommen oder Rente sein. Aber auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten zählen dazu.

Wie erhalten Versicherte bei Erreichen der Belastungsgrenze eine Zuzahlungsbefreiung?

Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten nicht automatisch, sobald diese ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Deshalb sollten Versicherte ihre Zuzahlungen selbst 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 Versicherte die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreichen, können sie bei ihrer Krankenkasse eine Befreiung beantragen. Erst dann bekommen sie gegebenenfalls einen Bescheid darüber erteilt, dass sie für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten brauchen.

Wie erhalten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger einen Zuzahlungsbefreiungsausweis?

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.

Gut zu wissen



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

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

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

Was gilt bei schwerwiegend chronisch Kranken?

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:

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 (Beschluss des G-BA zur Chronikerrichtlinie mit Stand vom 11. Dezember 2017 noch nicht wirksam) vor oder
2. es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor.
3. 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.

Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammengekommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, darüber informiert jede Krankenkasse. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (siehe Kapitel 2.3.3) teilnehmen, gilt diese Belastungsgrenze von einem Prozent ebenfalls.

3.6 Begriffe und Institutionen

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und besteht aus Vertretern von Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Krankenhäusern. Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung bindend.

Festbeträge

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt gibt es viele Arzneimittel in vergleichbarer Qualität und Wirkung, zum Teil sogar identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind. Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ist es nicht vertretbar, die GKV mit den Kosten teurer Arzneimittel zu belasten, wenn auf der

anderen Seite preisgünstige und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Deshalb gibt es Arzneimittelfestbeträge, die die Versicherungsgemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelpreisen schützen. Der G-BA bildet Gruppen vergleichbarer Arzneimittel und der GKV-Spitzenverband legt für diese marktgerechte Festbeträge fest. Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass ein Hersteller den Preis eines Arzneimittels nicht auf den Festbetrag senkt, müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden. Um dieses zu vermeiden, besteht für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt auch die Möglichkeit, auf ein anderes Arzneimittel der Festbetragsgruppe auszuweichen, das zum Festbetrag verfügbar ist.

Auch für viele Hilfsmittel werden Festbeträge festgelegt. Das übernimmt der GKV-Spitzenverband. Zurzeit gelten Festbeträge für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikel.

Rabattverträge

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

Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

In Deutschland stehen neu zugelassene Arzneimittelwirkstoffe den Patientinnen und Patienten sofort nach Markteintritt zur Verfügung. Vor dem Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) durften die Hersteller einen selbst festgelegten Preis für diese Arzneimittel fordern. Seit dem 1. Januar 2011 wird für jedes neue Arzneimittel sofort nach Markteintritt mit der Prüfung begonnen, ob dieses den Patientinnen und Patienten mehr nützt als die bisher verfügbaren Therapien. Diesen sogenannten Zusatznutzen eines neuen Arzneimittels müssen die Hersteller nachweisen und Belege dafür vorlegen, ob zum Beispiel ein schnellerer Heilungs-

verlauf zu erwarten ist, geringe Nebenwirkungen auftreten oder sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten deutlich verbessern lässt. Wissenschaftliche Expertinnen und Experten überprüfen diese Angaben. Diese Prüfung ist die Grundlage für den Preis, den die Krankenkassen mit dem Hersteller im Anschluss verhandeln. Kann für ein Arzneimittel kein Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten belegt werden, bezahlen die Krankenkassen keinen höheren Preis als für vergleichbare Therapien. Kommen die Expertinnen und Experten zu dem Ergebnis, dass die vom Hersteller eingereichten Unterlagen einen Zusatznutzen des neuen Arzneimittels belegen, müssen sich Hersteller und Krankenkassen gemeinsam über einen angemessenen Preis verständigen. Die Bewertung des Zusatznutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen trägt entscheidend dazu bei, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der Krankenkassen einzudämmen und eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit bei neuen Arzneimitteln zu schaffen.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Im unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren und Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse bewertet. Dazu gehört auch die Beurteilung von Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien), um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung geben zu können. Damit Bürgerinnen und Bürger die Informationen nutzen können, hat das IQWiG zudem das Internetportal www.gesundheitsinformation.de eingerichtet, mit dem wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse insbesondere zu wichtigen Diagnose- und Behandlungsverfahren in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Versicherte und andere interessierte Einzelpersonen haben seit Mitte 2015 die Möglichkeit, Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien (sogenanntes Health-Technology-Assessment, HTA) unmittelbar beim IQWiG vorzuschlagen. Das IQWiG wählt dann diejenigen Vorschläge zur Bearbeitung aus, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind. Auf diese

Weise können Bürgerinnen und Bürger die Weiterentwicklung der wissenschaftlich gestützten Medizin fördern.

Drei weitere Institute liefern für Arzneimittelhersteller und auch Ärztinnen und Ärzte wichtige Informationen:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Ein Schwerpunkt der Arbeit des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes. Dabei wird der Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität geprüft.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verfügbarkeit und Sicherheit von wirksamen biomedizinischen Arzneimitteln wie zum Beispiel Impfstoffen. Die Aufgaben des Instituts umfassen neben der Zulassung die wissenschaftliche Beratung zur Arzneimittelentwicklung, die Genehmigung klinischer Prüfungen, die experimentelle Produktprüfung sowie staatliche Chargenfreigabe. Sowohl das BfArM als auch das PEI sammeln und bewerten zudem Berichte zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die nach der Zulassung eines Arzneimittels auftreten können, und treffen – soweit erforderlich – wirkungsvolle Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten (zum Beispiel Änderung der Packungsbeilage, Einführen eines Warnhinweises, Rückruf einer Charge, Aufheben der Zulassung).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Das DIMDI unterstützt mit seinen Leistungen das Gesundheitssystem. Es entwickelt und betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel- und Medizinprodukte und betreut eine Datenbank über Bewertungen medizinischer Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA). Das DIMDI ist Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen wie zum Beispiel die ICD-10-GM.

Welche Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?

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 eine Fachärztin oder 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

Untersuchung/Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
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 • Test 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 zehn Jahren oder: • Test auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre 	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
Mammographie-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 (Mammographie) • 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 www.mammo-programm.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.</p> <p>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. Laboruntersuchung <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> <p>Ab 2018 können Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader) in Anspruch nehmen – dieses Angebot gilt nicht für Frauen.</p>	<p>Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p> <p>Richtlinie Ultraschall-screening auf Bauchortenaneurysmen</p>

Zahnvorsorgeuntersuchungen

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit	Anmerkungen	Weitere Informationen
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	bis sechs Jahre; sechs bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	dreimal bis sechs Jahre; einmal je Kalenderhalbjahr ab sechs Jahren	<p>Die Untersuchung umfasst:</p> <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 	<p>Kinder-Richtlinien, zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinie und Individualprophylaxe-Richtlinie</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>
Zahnvorsorgeuntersuchungen	ab dem Alter von 18 Jahren	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr	<p>Die Untersuchungen umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eingehende Untersuchung • Untersuchung im Rahmen des Bonushefts 	<p>§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V</p> <p>Internet: www.kzbv.de</p>

Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (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 Menschen und der Allgemeinheit sind. Die einzelnen Impfungen sind empfohlenen Impfterminen zugeordnet.	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Tetanus • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Infektion mit Haemophilus influenzae Typ b (Hib) • Pertussis (Keuchhusten) • Hepatitis B • Masern, Mumps, Röteln (MMR) • Varizellen • Rota-Viren, Pneumokokken-Infektion • Meningokokken-C-Infektion • HPV (Humanes Papillom-Virus; für Mädchen und junge Frauen) 	www.rki.de www.impfen-info.de
Auffrischimpfungen für Kinder und Jugendliche		<ul style="list-style-type: none"> • zweimal Diphtherie • zweimal Tetanus • zweimal Pertussis (Keuchhusten) • einmal Poliomyelitis (Kinderlähmung) 	www.rki.de www.impfen-info.de
Standard- bzw. Auffrischimpfungen für Erwachsene	Impfungen, die Erwachsene erhalten bzw. die regelmäßig aufgefrischt werden sollen	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus (alle zehn Jahre empfohlen, die nächste fällige Impfung als Kombinationsimpfung mit Pertussis) • Masern (nach 1970 geborene Personen unter 18 Jahren mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit) <p>Ab 60 Jahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influenza • Pneumokokken-Infektion <p>Weitere Impfungen für ungeimpfte Erwachsene in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt</p>	www.rki.de www.impfen-info.de

Schutzimpfungen

Leistung	Beschreibung	Impfung	Weitere Informationen
Indikationsimpfungen	Impfungen für Risikogruppen bei individuell erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter	<ul style="list-style-type: none"> • FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) • Infektion mit Haemophilus influenzae Typ b (Hib) • Hepatitis A und B • Influenza • Masern • Meningokokken-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Pneumokokken-Infektion • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Röteln • Varizellen 	<p>www.rki.de www.impfen-info.de</p>

Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehört die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dabei werden Schwangere untersucht und beraten – zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Geburtshelfer und Krankenkassen arbeiten dabei zusammen.

Anmerkungen	Weitere Informationen
<p>Zu den Vorsorgeleistungen gehören unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung und Beratung der Schwangeren sowie Untersuchung der Entwicklung des Ungeborenen • Erkennung und Überwachung von Risikoschwangerschaften • Ultraschalldiagnostik • weitere serologische Untersuchungen auf Infektionen, inklusive HIV-Testangebot • Untersuchung und Beratung der Wöchnerin 	<p>Mutterschafts-Richtlinie</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

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 einmal jährlich eine Untersuchung auf Chlamydien angeboten. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Anmerkungen	Weitere Informationen
<p>Früherkennungstest auf Chlamydien bei Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr einmal jährlich</p>	<p>G-BA-Patienteninformation</p> <p>Screening auf Chlamydien</p> <p>Trachomatis-Infektion</p> <p>Internet: www.g-ba.de</p>

Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen.

Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder bei der Kinderärztin oder beim Kinderarzt ein Untersuchungsheft für ihre 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 vollendeten 18. Lebens- jahr entsprechend der Festlegung in der Kinder- RL des G-BA	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, unter anderem: <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-Richtlinie Internet: www.g-ba.de
J-Untersuchung (Jugendgesundheits- untersuchung)	regulär zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr (± ein Jahr)	eine Untersuchung	Anamnese unter anderem auf: <ul style="list-style-type: none"> • auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen • Schulleistungsprobleme • gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) Klinisch-körperliche Untersuchungen, unter anderem: <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 	Richtlinien zur Jugendgesundheits- untersuchung Internet: www.g-ba.de

Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zahlen	Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
... 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 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	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	Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation?	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, bei Anschlussrehabilitation ist diese Zuzahlung für längstens 28 Tage zu leisten.	Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussrehabilitationen mit angerechnet.

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zahlen	Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
... bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter?	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag	Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe?	Zuzahlung von zehn Prozent pro Tag, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro		
... für Impfungen?	Keine Zuzahlung. 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 nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der GKV 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 (z. B. Viagra), werden nicht erstattet.		
... für Fahrkosten?	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Aus- nahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat, von der Krankenkasse übernommen.	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.	

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zahlen	Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
... für Sehhilfen/Brillen?	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen einen Zuschuss maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge, wobei die Kosten für das Brillengestell nicht von der Versorgung umfasst sind.	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. Dabei wird keine Zuzahlung gefordert.	
... für Sterbegeld, Entbindungsgeld?	Die Krankenkasse zahlt 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 zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz. Der Festzuschuss orientiert sich am Befund, nicht an der Behandlungsmethode. Für Zahnersatz gibt es besondere Härtefall- und Bonusregelungen.		Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren.

4 Stichwortregister und Adressen



Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus	87 f.
Arzneimittel	36 ff.
Arzneimittel, nicht verschreibungspflichtig	109 ff.
Arzneimittel, verschreibungspflichtig	114 f.
Auslandskrankenversicherung	47
Bedürftige	30 f.
Beiträge	24 ff.
Beitragsrückerstattungstarif	36
Belastungsgrenzen	124 f.
Besondere Versorgungsformen	34, 83 ff.
Betriebliche Gesundheitsförderung	37, 62 f.
Bindungsfristen	36
Bonusprogramme	37
Brillen	118, 150
Bruttoeinnahmen	26, 72, 124 ff.
Chronikerregelung	72
Chronisch Kranke	15, 34, 77, 85 ff., 115, 125, 127 f.
Datenschutz	54
Disease-Management-Programme	34, 85, 88
Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	5, 52 ff.
Ergotherapie	108, 120
Ermäßigter Beitragssatz	26 f.
Familienversicherung	16, 19 ff., 40, 42
Freiwillig Versicherte	16, 19 f., 25 ff., 38 f.
Früherkennungsuntersuchungen (Überblick)	63 ff., 132 ff.
Früherkennung von Krebs	132 ff.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	56, 107, 128, 158
Geriatrische Rehabilitation	70
Gesundheits-Check-up	156
Gesundheitsfonds	11, 32, 54 f., 81
GKV-Spitzenverband	15, 32, 106 f., 129, 159

Härtefallregelungen	91 f.
Haushaltshilfe	38, 82, 93, 101, 123, 148
Häusliche Krankenpflege	78, 97, 99 ff., 123
Hebammenhilfe	8, 76, 93
Heilmittel	72, 93, 109, 120 f., 124, 127, 146
Hilfsmittel	109, 117 ff., 123, 128 f., 146 f.
Impfungen	5, 60, 63, 124, 138 ff., 148 f.
Integrierte Versorgung	6, 33 f., 85
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	56, 130 f.
Kinder	5, 9, 16 f., 20 ff., 32, 60, 63 ff., 71, 89, 94, 96 f., 101 f., 114 f., 118, 124, 137 ff.
Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen	144 f.
Kinderhospize	96
Kontrahierungszwang	48
Kostenerstattungstarif	33, 36
Krankengeld	26 f., 38 f., 78, 104 f., 150
Krankengeldtarif für Selbstständige	33 f., 36
Krankengymnastik	109, 120
Krankenkassenwechsel	42 ff.
Krankentransport	75, 102 f.
Krankenversicherung	10 ff.
Kündigungsfristen	42, 50
Künstliche Befruchtung	98 f., 150
Kuren	72
Leistungskatalog	38, 49, 65, 138
Massagen	121, 147
Medizinische Versorgungszentren	75, 86 f.
Palliativversorgung	95 ff.
Patientenbeauftragte	158
Pflichtversicherte	17 f., 20, 25, 41
Physiotherapie	60, 120
Prämienzahlung	34
Prävention	59 ff., 78, 90, 164
Private Krankenversicherung	12 f., 17, 25, 38, 42 ff.

Psychotherapie	94 f.
Rehabilitation	59, 67 ff., 75, 78 f., 84 f., 109, 146 ff.
Rentnerinnen und Rentner	12, 16 f., 26, 28 f.
Richtlinien des G-BA	15 f., 38, 56, 67, 75 ff., 102, 107, 116, 118, 120, 127 ff.
Risikostrukturausgleich	55
Schutzimpfungen (Übersicht)	138 ff.
Schwangerschaft	93, 98 f., 101, 115
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	142
Selbstbehalttarif	33, 35 f., 43
Selbstständige	19, 21, 24 f., 27 f., 33 ff., 38 f.
Selbstverwaltung	14 f., 56, 107, 128
Selbsthilfegruppen	157, 159
Sonderkündigungsrecht	42 f.
Soziotherapie	75, 78, 95, 148
Strukturierte Behandlungsprogramme	33 f., 77, 85 f.
Verminderte Belastungsgrenze	86
Versandapotheke	122 f.
Versicherungspflichtgrenze	11 ff., 17 ff., 21, 27
Versicherungsschutz im Ausland	45 ff.
Versorgungsbezüge	25 ff.
Vorsorge	59 ff.
Vorversicherungszeiten	17 ff., 19
Wahltarife (Überblick)	33 ff.
Wahltarif für Integrierte Versorgung	33 f.
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	33 f.
Zahnärztin/Zahnarzt	46, 56, 73, 89 ff., 97, 107, 128
Zahnersatz	47, 89 ff., 150 f.
Zahnvorsorgeuntersuchungen	136
Zusatzbeitrag	22, 26 f., 32 f., 39, 41 ff., 55
Zusatzleistungen	38, 41
Zusatzversicherung	38, 92
Zuzahlungen	71 f., 92, 101, 103, 114 f., 121, 124 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.bagp.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 Zahnärztekammern 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 Krankenhausgesellschaft 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.

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Tel.: 030/8 93 40 14

Fax: 030/31 01 89 70

E-Mail: verwaltung@dag-shg.de

www.dag-shg.de

Deutscher Behindertenrat

c/o Sozialverband Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel.: 030/ 72 62 22-0

Fax: 030/72 62 22-311

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

Wegelystraße 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

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege

Parlamentarische Staatssekretärin Ingrid Fischbach
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Tel.: 030/1 84 41-34 25 (Pflege)
Tel.: 030/1 84 41-34 24 (Patientenrechte)
Fax: 030/1 84 41-34 22
E-Mail: pflege-patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragte.de

**Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Bundesgeschäftsstelle**

Littenstraße 10
10179 Berlin
Tel.: 030/200 89 233
Fax: 030/200 89 23-50
E-Mail: info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

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

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel.: 030/31 01 89 80
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 00-518
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Tel.: 030/20 62 88-0

**DVKA – Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland**

Pennefeldsweg 12 c
53177 Bonn
Tel.: 0228/530-0
Fax: 0228/530-600
E-Mail: post@dvka.de

Weitere Informationen

Informationsangebote

Magazin „Gesundheit und Pflege aktuell“

„Gesundheit und Pflege aktuell“ berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt.

Abonnement unter: www.gesundheit-pflege-aktuell.de

Newsletter „GP_aktuell“

Der Newsletter „GP_aktuell“ informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt.

Anmeldung unter: www.gesundheit-pflege-aktuell.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie als PDF-Datei herunterladen unter www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema finden Sie unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung

Wichtige Veränderungen aus dem Bereich der Gesundheitsgesetzgebung, weiterführende Informationen und kostenfreie Publikationen, in die Sie direkt online hineinlesen können, finden Sie unter www.wir-stärken-die-gesundheit.de



Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
 Telefon: 030 / 18 272 2721
 Fax: 030 / 18 10 272 2721
 Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung,
 Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
 Website: Online-Bestellungen unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Broschüre „Ratgeber Krankenhaus. Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten“

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.
Bestell-Nr.: BMG-G-11074



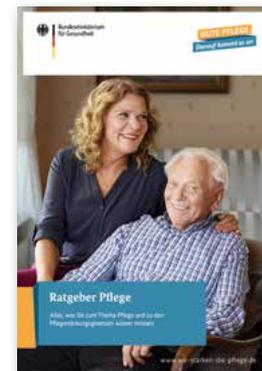
Info-Poster „So stärken wir die Gesundheit.“

Mit einer Reihe von Gesetzen wird dafür gesorgt, dass das Gesundheitssystem zuverlässig und leistungsstark bleibt. Die Beispiele auf diesem Poster geben Ihnen einen schnellen Überblick über aktuelle Rechtsänderungen und Leistungsverbesserungen.
Bestell-Nr.: BMG-P-11078



Broschüre „Ratgeber für Patientenrechte“

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz wurden wichtige Patientenrechte ausdrücklich im Gesetz festgeschrieben. Dieser Ratgeber bietet Ihnen eine verständliche Darstellung und Erläuterung der Rechte von Patientinnen und Patienten.
Bestell-Nr.: BMG-G-11042



Broschüre „Ratgeber Pflege“

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflege.
Bestell-Nr.: BMG-P-07055



Info-Poster „So stärken wir die Pflege. Für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegekräfte“

Das Poster gibt einen verständlichen Überblick darüber, warum, für wen und wie die Pflegeversicherung ausgebaut und modernisiert wurde.
Bestell-Nr.: BMG-P-11020

Bürgertelefon

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

-  Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 / 340 60 66 - 01
-  Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 / 340 60 66 - 02
-  Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 / 340 60 66 - 03
-  Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
030 / 340 60 66 - 07 Telefax
030 / 340 60 66 - 08 ISDN-Bildtelefon
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock. Das Bürgertelefon wird von dem Kommunikationscenter Telemark Rostock betrieben, das personenbezogene Daten nur im Rahmen der vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon

Infotelefone der BZgA

-  BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹
02 21 / 89 20 31
-  Sucht & Drogen Hotline²
01805 / 31 30 31
-  BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung¹
0800 / 8 31 31 31

¹ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

² Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr

GUTE GESUNDHEIT
Darauf kommt es an

www.wir-stärken-die-gesundheit.de