



Bundesministerium
für Gesundheit

GUTE GESUNDHEIT

Darauf kommt es an

A young man and woman are smiling and looking towards the camera. The man is on the left, wearing a dark jacket, and the woman is on the right, wearing a brown coat and a light-colored scarf. They are in a crowd, with other people blurred in the background.

**Ratgeber zur
Krankenversicherung**

Ratgeber zur Krankenversicherung



Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wer bei uns krank wird oder aus einem anderen Grund medizinische Hilfe braucht, kann sich auf unser Gesundheitswesen verlassen. Zuverlässig und leistungsstark sorgt es dafür, dass alle Menschen die notwendige Behandlung und Unterstützung erhalten. Das reicht von der Hebamme über die ärztliche und zahnärztliche Betreuung, die Krankenhausbehandlung, die Versorgung mit Medikamenten oder Heil- und Hilfsmitteln bis hin zur Haushaltshilfe oder zur pflegerischen Betreuung.

Eine tragende Säule für die umfassende und qualitativ hochwertige Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland ist die gesetzliche Krankenversicherung. Fast 90 Prozent der Bevölkerung sind dort gegen die Risiken einer Erkrankung abgesichert. Durch einkommensabhängige, von Arbeitgebern und Arbeitnehmenden getragene Beiträge, ergänzt durch einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln sowie persönliche Zusatzbeiträge, wird gewährleistet, dass das System solide finanziert ist, dass der Starke für den Schwachen eintritt und am Ende alle gut versorgt werden. Mit einer Reihe von Gesetzen hat die Bundesregierung 2015 wichtige Reformen auf den Weg gebracht, um die medizinische Versorgung der Versicherten weiter zu verbessern und um die nachhaltige Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens zu stärken.

In dieser Broschüre erfahren Sie, wie die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland aufgebaut ist, welche Neuerungen es gibt und wie die Versorgung mit medizinischen Leistungen, etwa mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, funktioniert.

Wenn Sie Fragen dazu haben, gibt Ihnen unser Bürgertelefon gerne Auskunft.

Ihr

Hermann Gröhe
Bundesminister für Gesundheit

Inhalt

1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife	9
1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	13
1.1.1 Pflichtversicherte.....	14
1.1.2 Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG).....	15
1.1.3 Freiwillig Versicherte.....	16
1.1.4 Familienversicherte.....	17
1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten.....	20
1.2 Beiträge	21
1.2.1 Beitragshöhe.....	21
1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner.....	24
1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende.....	26
1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige.....	26
1.3 Zusatzbeiträge	27
1.4 Wahltarife und Bonusprogramme	28
1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen.....	28
1.4.2 Bonusprogramme.....	32
1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen.....	33
1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV.....	33

1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse	35
1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?.....	36
1.5.2 Kündigung.....	36
1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse.....	39
1.6 Versicherungsschutz im Ausland	40
1.7 Private Krankenversicherung (PKV)	42
1.7.1 Alterungsrückstellungen.....	45
1.7.2 Prämiensteigerungen in der privaten Krankenversicherung.....	46
1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronisches Gesundheitsnetz	47
1.9 Begriffe und Institutionen	51
2 Medizinische Versorgung	55
2.1 Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation	55
2.1.1 Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung.....	55
2.1.2 Früherkennung.....	59
2.1.3 Vorsorge und Rehabilitation.....	62
2.2 Ärztliche Behandlung	67
2.2.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum.....	68
2.2.2 Stärkung der Patientenrechte.....	70
2.2.3 Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus.....	72

2.3 Besondere Versorgungsformen	76
2.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung: der Hausarzt/ die Hausärztin als Lotse	76
2.3.2 Besondere Versorgungsformen	77
2.3.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme)	78
2.3.4 Medizinische Versorgungszentren	79
2.3.5 Ambulante Behandlung im Krankenhaus	80
2.4 Zahnärztliche Behandlung	81
2.4.1 Zahnärztliche Leistungen	81
2.4.2 Kosten für Zahnersatz	83
2.5 Angebote für besondere Personengruppen	85
2.5.1 Angebote für werdende Mütter	85
2.5.2 Angebote für seelisch kranke Menschen	86
2.5.3 Angebote für Sterbenskranke	87
2.5.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch	90
2.6 Hilfen zu Hause	91
2.6.1 Häusliche Krankenpflege	91
2.6.2 Haushaltshilfe	92
2.7 Fahrkosten	93
2.8 Krankengeld	94
2.9 Begriffe und Institutionen	96

3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel	99
3.1 Arzneimittel	99
3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln	101
3.1.2 Zuzahlung bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln	103
3.1.3 Rezeptfreie Arzneimittel	104
3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität	105
3.2 Hilfsmittel	105
3.3 Heilmittel	108
3.4 Apotheken	109
3.5 Zuzahlung	112
3.6 Begriffe und Institutionen	117
Welche Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?	122
Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen	136
Stichwortregister	142
Adressen	146
Weitere Publikationen	150
Impressum	151

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 18 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 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie alle Angestellten, deren monatliches Bruttoeinkommen unter der jährlich angepassten Versicherungspflichtgrenze und über der Geringfügigkeitsgrenze (im Jahr 2016 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 zur Pflege“.



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, behinderte Menschen 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.

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 2016 bei einem Jahresarbeitsentgelt von 56.250 Euro (beziehungsweise 4.687,50 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 Krankenkasse weist dabei das Mitglied auf das Ende der Versicherungspflicht und die damit bestehende Austrittsmöglichkeit hin. Wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen danach erklärt, ist ein sofortiger Wechsel in eine private Krankenversicherung möglich. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die bisherige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft fort.

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 gemein-

samen 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 Behinderten 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 des G-BA 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	71,3
GKV-Mitglieder	55,0
Beitragsfreie GKV-Versicherte (mitversicherte Familienangehörige und Kinder)	16,3

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
- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Anteilhaber in der Landwirtschaft
- Behinderte Menschen (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 4.687,50 Euro im Monat beziehungsweise 56.250 Euro im Jahr (Stand 2016).

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 4.237,50 Euro monatlich beziehungsweise 50.850 Euro im Jahr (Stand 2016). 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 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.

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 61,01 Euro zur Krankenversicherung zuzüglich des Zusatzbeitrags, den die Krankenkassen von ihren Mitgliedern erheben können. Infolge der Anhebung der BAföG-Bedarfssätze zum Wintersemester 2016/2017 ändert sich der Beitrag auf 66,33 Euro zuzüglich des individuellen Zusatzbeitrags der jeweiligen Krankenkasse.

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 415 Euro monatlich (Stand 2016). 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.

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 Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums unter 030/340 60 66-01. 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.

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, vgl. auch Abschnitt 1.3) bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei Pflichtversicherten sind dies Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, 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 4.237,50 Euro im Monat beziehungsweise 50.850 Euro im Jahr (Stand 2016) berücksichtigt.

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 (vgl. Abschnitt 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 2016

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 %)	2,35 % (2,6 %)
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	4.237,50 €
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	50.850 €

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	618,68 €* 135,57 €
Allgemein (Mindestbemessungsgrundlage: 968,33 €)	nein	135,57 €
Selbstständige (Mindestbemessungsgrundlage: 2.178,75 €)	nein ja	305,03 € 318,10 €
Existenzgründer/innen § 57 SGB III oder § 421 I SGB III (Mindestbemessungsgrundlage: 1.452,50 €)	nein ja	203,35 € 212,07 €
Höchstbeitrag für Selbstständige, Existenzgründer/innen	nein ja	593,25 € 618,68 €
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein	593,25 €
Freiwillig versicherte Studentinnen und Studenten	nein	135,57 €

* Daneben können Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Beitragszuschuss des Arbeitgebers: 309,34 €

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.

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 (vgl. Abschnitt 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 2016).

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.

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 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 werden damit auch weiterhin Preissignale im Hinblick auf die Wahl ihrer Krankenkasse erhalten. Mit diesen Maßnahmen wird zudem die Beitragsautonomie der Krankenkassen gestärkt, was dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um eine hochwertige und effiziente Versorgung zugutekommt.

Eine Übersicht über die aktuellen Zusatzbeitragsätze 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 (vgl. auch Abschnitt 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 Beziehern einer Grundsicherung übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz

Für einige Personengruppen gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz, zum Beispiel für Geringverdienende, Auszubildende (Arbeitsentgelt bis 325 Euro) sowie Auszubildende in Einrichtungen der Jugendhilfe, Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Für das Jahr 2015 wurde ein durchschnittlicher Zusatzbeitragsatz von 0,9 Prozent prognostiziert, für das Jahr 2016 von 1,1 Prozent.

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 anzubieten 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.

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, Arzneien 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 Arzneien – 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.

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 in der Regel im freien 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 er-

wirtschaften, müssen sie sich für eine Fortzahlung auch selbst gegen einen Verdienstausfall 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 Krankenversicherungen 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 306 bis 319 Euro (Stand 2016). Liegt Bedürftigkeit vor, kann dieser Beitrag auf etwa 204 bis 213 Euro reduziert werden (vgl. Abschnitt 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 Zusatzbei-

tragssatzes nach § 242a SGB V hinweisen. Übersteigt der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, hat die Krankenkasse in ihrem Hinweis schreiben 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 Mitgliedsbe-

scheinigung 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.

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 Auslandskrankenversicherung 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 Auslandskrankenversicherung 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 Ausnahmen: 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 unten), 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 2016: 665,29 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 Wechsellmöglichkeit 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, eine 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.

Sie möchten aus einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer privaten Krankenversicherung 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

Warum hat die elektronische Gesundheitskarte die Krankenversichertenkarte abgelöst?

Die Qualität der medizinischen Behandlung hängt heute immer mehr davon ab, ob die Ärztin oder der Arzt über alle notwendigen Informationen für die medizinische Versorgung ihres oder seines Patienten verfügt. Mit der elektronischen Gesundheitskarte und einem sicheren, vom Internet getrennten elektronischen Gesundheitsnetz (Telematikinfrastruktur) können Gesundheitsdaten, die für die Behandlung benötigt werden, in Zukunft sicher und schnell elektronisch zur Verfügung gestellt werden, vorausgesetzt, die Patientin oder der Patient wünscht dies. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, die Rolle der Patientinnen und Patienten zu stärken und Kosten zu senken.

Seit dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen beim Arzt oder Zahnarzt beziehungsweise bei der Ärztin oder Zahnärztin.

Was kann die elektronische Gesundheitskarte?

Die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte werden schrittweise eingeführt. Derzeit sind nur administrative Daten der Versicherten, zum Beispiel Name, Geburtsdatum und Anschrift, sowie Angaben zur Krankenversicherung, wie die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus (Mitglied, Familienversicherte/r oder Rentner/in), gespeichert. Die Karte enthält zudem ein Lichtbild. Ausnahmen gibt es lediglich für Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr und für Versicherte, die bei der

Erstellung des Lichtbildes nicht mitwirken können, wie zum Beispiel immobile pflegebedürftige Patientinnen und Patienten. Das Lichtbild hilft, Verwechslungen zu vermeiden und die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen. Neu im Vergleich zur Krankenversicherungskarte ist auch die Angabe zum Geschlecht. Damit sollen neben der Aufnahme des Lichtbildes zusätzlich Verwechslungen vermieden werden. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die „Europäische Krankenversicherungskarte“ verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

Darüber hinaus wird die elektronische Gesundheitskarte in den nächsten Jahren auch medizinische Anwendungen zulassen (siehe unten), die Versicherte freiwillig wählen können.

Wie bleiben die Daten auf der Gesundheitskarte aktuell?

Bis Mitte 2018 soll der flächendeckende Online-Abgleich der auf der Gesundheitskarte gespeicherten Versichertenstammdaten mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten der versicherten Person umgesetzt sein. So können Veränderungen, die die oder der Versicherte bereits an die Krankenkasse gemeldet hat, zum Beispiel eine Adressänderung, beim nächsten Arztbesuch automatisch per Knopfdruck auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisiert werden. Die Krankenkassen sparen, weil sie keine neuen Karten ausgeben müssen. Gleichzeitig können ungültige sowie verloren oder gestohlen gemeldete Karten besser als bisher erkannt werden. Missbrauch zu Lasten der Versichertengemeinschaft kann so weiter reduziert werden. Eine aktuelle elektronische Gesundheitskarte sorgt automatisch für aktuelle Daten in der Arztpraxis. Ab 1. Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten teilnehmen.

Was ist das elektronische Gesundheitsnetz und wann ist es flächendeckend im Einsatz?

Beim elektronischen Gesundheitsnetz, der sogenannten Telematikinfrastruktur (abgeleitet von den Begriffen „Telekommunikation“ und „Informatik“), handelt es sich um die Vernetzung verschiedener IT-Systeme mit der Möglichkeit, Informationen aus unterschiedlichen

Quellen miteinander zu verknüpfen. Die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen verbindet die IT-Systeme aus Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und Krankenkassen und ermöglicht so einen systemübergreifenden Austausch von Informationen. Dabei handelt es sich um ein geschlossenes Netzwerk, zu dem man nur mit Heilberufsausweis und Gesundheitskarte Zutritt bekommt.

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz), das am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, schreibt die bundesweite Einführung der Telematikinfrastruktur vor. Diese soll Mitte 2016 beginnen und bis Mitte 2018 alle Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an das elektronische Gesundheitsnetz anschließen.

Welche Wahl haben Versicherte bei den medizinischen Anwendungen?

Jede versicherte Person wird zu gegebener Zeit selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang sie von den neuen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte zur Speicherung von medizinischen Daten Gebrauch machen möchte. Sie bestimmt auch, ob und in welchem Umfang sie eine Anwendung wie die Notfalldaten nutzen wird, ob sie die Karte zur Dokumentation ihrer Organspendebereitschaft einsetzt oder später einmal die elektronische Patientenakte nutzt. Notwendig hierfür ist, dass die Anwendungen sich in Praxistests bewähren und dass die strengen Sicherheitsregeln eingehalten werden. Nach dem E-Health-Gesetz können Versicherte ab 2018 ihre medizinischen Notfalldaten freiwillig auf der Gesundheitskarte speichern lassen. Die Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte sollen bis Ende 2018 geschaffen sein.

Patientinnen und Patienten, denen drei oder mehr Arzneimittel verschrieben werden, haben ab Oktober 2016 zudem Anspruch auf einen Medikationsplan, der mittelfristig über die Gesundheitskarte abrufbar sein soll. Ziel ist es, gefährliche Wechselwirkungen zu vermeiden, zum Beispiel bei älteren Versicherten, die an verschiedenen Krankheiten leiden und bei mehreren Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig in Behandlung sind.

Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten ihre Daten einsehen beziehungsweise sich ausdrucken oder auch wieder löschen

lassen. Nur die Verwaltungsdaten der Versicherten werden – wie bei der früheren Krankenversichertenkarte – verpflichtend auf der Gesundheitskarte gespeichert.

Was geschieht im Bereich der Telemedizin?

Zur Förderung der Telemedizin wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ab April 2017 und die Online-Videosprechstunde ab Juli 2017 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden. Das wird Patientinnen und Patienten die Kontaktaufnahme mit der Ärztin oder dem Arzt deutlich erleichtern, gerade bei Nachsorge- und Kontrollterminen.

Wie sicher sind meine Daten?

Datenschutz wird großgeschrieben und durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Die Kommunikation von sensiblen Gesundheitsinformationen erfolgt nicht über das Internet, sondern über ein eigens zu diesem Zweck zu errichtendes sicheres Gesundheitsnetz. Medizinische Daten werden bereits verschlüsselt, bevor sie die Arztpraxis verlassen. Dabei wird gleich mit zwei Sicherungen gearbeitet. Ähnlich wie bei der Bankkarte bestimmt die oder der Versicherte durch das Einstecken der Karte ins Kartenterminal und die Eingabe der PIN, wer die Daten einsehen darf. Anders als bei der Bankkarte gibt es aber eine zweite Sicherung. Die Ärztin oder der Arzt benötigt für den Zugriff einen elektronischen Heilberufsausweis. Nur im Notfall können Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Heilberufsausweis direkt auf die Notfalldaten zugreifen, ohne dass die Patientin oder der Patient die PIN eingibt.

Die Maßnahmen zum Datenschutz stellen ein Höchstmaß an Schutz für die sensiblen Gesundheitsdaten dar. Sie werden laufend technisch weiterentwickelt und sind eng mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit abgestimmt.

Weil immer mehr Menschen Smartphones und andere mobile Endgeräte für Gesundheitsanwendungen nutzen, wird zudem bis Ende 2016 geprüft, ob die Versicherten solche Geräte etwa zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einsetzen können.

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 Grundlohnenausgleichs und der vollständige Einkommens-

ausgleich 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 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 neu gegründeten, unabhängigen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt.



2 Medizinische Versorgung

Anspruch auf eine verlässliche Gesundheitsversorgung

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 behinderter und chronisch kranker 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 gesundheitsbewussten 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 Vorsorge- beziehungsweise 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.

Einen breiten Überblick über Möglichkeiten zur Prävention – von Bewegung und Ernährung über Entspannung bis hin zu Früherkennung und Suchtbekämpfung – finden Sie im „Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung“ des Bundesministeriums für Gesundheit.

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 122 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 Maßnahmen der Primärprävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten (zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Umgang mit Sucht-/Genussmitteln oder Verbesserung der psychosozialen Gesundheit) geeignet, notwendig und zumutbar sind. Ziel ist, auch bei Pflegebedürftigkeit die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten oder auch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Pflegekassen erhalten den neuen Auftrag, 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 Krankenkassen 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, wird es ein Beratungsangebot der Krankenkassen in Kooperation mit regionalen Unternehmensorganisationen wie Industrie- und Handels- oder Handwerkskammern geben. 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 Fehlentwicklungen möglichst frühzeitig erkannt und ihnen durch früh einsetzende Behandlung entgegengewirkt werden. Gegenüber den 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: Nach dem Willen des Präventionsgesetzes soll die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche künftig auch individuelle Belastungen und gesundheitliche Risikofaktoren des Kindes erfassen

und die Eltern hierauf abgestimmt darüber informieren, wie sie die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes fördern und Risiken vermeiden können. Zudem soll die Ärztin oder der Arzt bei Bedarf eine Präventionsempfehlung ausstellen können und auf regionale Eltern-Kind-Angebote hinweisen. Teil der Untersuchung soll auch die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung zur Verbesserung des Impfschutzes des Kindes sein. Bei Erstaufnahme eines Kindes in die Kita muss künftig eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält durch das Präventionsgesetz die Möglichkeit und die Aufgabe, die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in diesem Sinne weiterzuentwickeln.

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 Mammografie-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.

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes wird der derzeitige Check-up 35 innerhalb der nächsten Jahre 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 Stressbewältigung, empfehlen und hierzu 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 122.

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 Mitgliedermagazin.

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 und 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 einem anerkannten Kurort 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. Das Spektrum reicht von Massagen und Heilbädern über gezielte Krankengymnastik oder Ergotherapie bis zu psychotherapeutischen Gesprächen.

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 Reha-

bilitation 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 bereits 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.

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.

Teilstationäre Rehabilitation

Patientinnen und Patienten suchen bei der teilstationären Reha die wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung nur während der Therapiezeiten auf. Die übrige Zeit – in der Regel die Abende und Wochenenden – verbringen sie zu Hause.

2. Ambulante Rehabilitation

Bei der ambulanten Reha werden an Kurorten und in Spezialeinrichtungen gezielte komplexe Maßnahmen erbracht, 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-Kuren – 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 Krankenhauszuzahlungen angerechnet.
- Die persönliche Zuzahlungsgrenze beträgt zwei Prozent des Bruttoeinkommens oder ein Prozent bei schwerwiegender chronischer Erkrankung (Chronikerregelung).

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, vgl. Seite 66), werden sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

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 andere 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 gibt es schon heute 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 kommen Hilfen bei der Niederlassung und Übernahme einer Praxis sowie Vergütungsanreize bei besonders nachgefragten Tätigkeiten, beispielsweise Hausbesuchen in Räumen mit großer Entfernung. Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes kann ein Strukturfonds zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region künftig schon eingerichtet werden, bevor eine akute Unterversorgung droht. Das heißt, Ärztinnen und Ärzte, die sich in entsprechenden Bereichen niederlassen, erhalten zum Beispiel eine bessere Vergütung. Ärztinnen und Ärzte sollen außerdem dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. In Zukunft soll eine Praxis in einem übersorgten Gebiet deshalb 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 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. 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 mehr wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen, wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge des Versorgungsstärkungsgesetzes verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen einzurichten. Diese vermitteln einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung oder, wenn das nicht möglich ist, eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus. Dabei darf die Wartezeit im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten, sonst hat die oder der Versicherte Anspruch auf einen ambulanten Krankenhaustermin.

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 erhielt im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes den Auftrag, bis Ende 2016 weitere chronische Erkrankungen zu benennen sowie Richtlinien zur Ausgestaltung von Programmen zur Behandlung von Rückenleiden und Depressionen zu erlassen.

Die Zunahme von Mehrfach- 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 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 mit eingeschränkter Alltagskompetenz?

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können künftig Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen oder eingeschränkter Alltagskompetenz eröffnet das Versorgungsstärkungsgesetz Anspruch auf zusätzliche 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 für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen Arznei-, 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 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, sichere und gut erreichbare Versorgung in den rund 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. Dadurch können voraussichtlich 6.350 neue Stellen geschaffen werden, die ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen. Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.

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 Krankenhäusern 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 wird ein Strukturfonds mit insgesamt 500 Millionen Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet. 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 neuen Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei 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 Krankenhausaufenthalt 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 Krankenpflege 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 wird Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Für einige Bereiche wird zur Sicherung der Qualität dem G-BA der Auftrag gegeben, eine Mindestanzahl an Behandlungen in Krankenhäusern festzulegen, zum Beispiel bei der Versorgung von Frühgeborenen oder beim Kniegelenkersatz (sogenannte Mindestmengen). Damit diese Mindestmengenfestlegungen nicht umgangen werden können, ist die gesetzliche Regelung klarer gestaltet worden. So 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. Erweitert wird 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.

Darüber hinaus schafft das Gesetz mit Zu- und Abschlägen 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. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet.

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 finden hier insbesondere Angaben zur Patientensicherheit in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache. Die Qualitätsberichte müssen künftig von den Krankenhäusern – neben der obligatorischen Veröffentlichung auf den Portalen der Kassenverbände – auch auf ihren eigenen Internetseiten leicht auffindbar 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 eine hausarztzentrierte Versorgung als Wahltarif anbieten. Hierzu schließen die Kassen mit Hausärztinnen und Hausärzten beziehungsweise Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Wenn Versicherte freiwillig daran teilnehmen, 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 sektoren-

renübergreifende 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 oder Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder 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, bis Ende 2016 weitere chronische Erkrankungen zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme eingerichtet werden.

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 mit einbezogen. Dazu werden unter anderem eigene Schulungen angebo-

ten. 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 eine verminderte Belastungsgrenze von einem statt der sonst üblichen zwei Prozent des Bruttoeinkommens (sogenannte Chronikerregelung).

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.

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 Pflegedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, denen ein Zahnarztbesuch selbst nicht (mehr) möglich ist, können eine sogenannte *aufsuchende* zahnmedizinische Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim in Anspruch nehmen. Darüber hinaus haben sie im Rahmen des 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetzes Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention. Sie haben künftig Anspruch auf zahnärztliche Prophylaxeleistungen und individuelle Beratung zur Mund- und Prothesenpflege. Pflegepersonen der Versicherten können in die Beratung miteinbezogen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die dafür notwendige Richtlinie voraussichtlich im Jahresverlauf 2016 beschließen.

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 unter anderem mit Kronen, Brücken und Prothesen. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen befundbezogenen Festzuschuss. Dieser orientiert sich am zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung – der sogenannten Regelversorgung. Sofern Versicherte mindestens fünf Jahre vor Beginn der Behandlung entsprechende Kontroll-/Bonusuntersuchungen nachweisen können, erhöht sich der Festzuschuss und kann nach zehn Jahren bis zu 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung betragen. Den Rest 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?

Die Krankenkassen übernehmen befundbezogene Festzuschüsse für medizinisch notwendigen Zahnersatz. Der Festzuschuss orientiert sich an den Kosten der Versorgung, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem zugrunde liegenden Befund anfallen. Versicherte können sich also 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 2016: 1.162,00 Euro, für Personen mit einem Angehörigen: 1.597,75 Euro, für Personen mit zwei Angehörigen: 1.888,25 Euro und für Personen mit drei Angehörigen: 2.178,75 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 2016: 1.162,00 Euro) abweicht. Der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag darf auch hier insgesamt nicht über die tatsächlich entstandenen Kosten hinausgehen.

Beispiel

Ein alleinstehender Versicherter hat ein Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.218 Euro. Damit liegt er 56 Euro über 1.162 Euro, der für ihn maßgebenden Einnahmegrenze. 56 Euro multipliziert mit 3 ergeben 168 Euro. Die Eigenbeteiligung beträgt mithin höchstens 168 Euro.

Krankenkassen bieten ihren Versicherten Zusatzversicherungen für Zahnersatz an – dabei unterscheidet sich das Leistungsspektrum erheblich.

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. 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.

Für die ersten fünf Sitzungen – die sogenannten probatorischen Sitzungen – brauchen Versicherte keine Genehmigung der Krankenkassen. Darüber hinausgehende Psychotherapiesitzungen müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. 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. Damit die Versicherten nicht durch die Mindestzuzahlungen von fünf Euro über Gebühr belastet werden, können an mehreren Tagen anfallende Teileinheiten (zum Beispiel bei einer Gruppentherapie) zu einer Soziotherapie-Einheit (60 Minuten) aufsummiert und die Zuzahlungen hierauf berechnet werden. Eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer gibt es nicht. Diese ergibt sich jedoch automatisch aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Höchstbezugsdauer von 120 Stunden in drei Jahren 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 künftig 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 wird gestärkt. Zum einen steigt der Mindestzuschuss der Krankenkassen – derzeit noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten einen höheren Tagessatz je betreuten Versicherten. Zum anderen tragen die Kassen künftig 95 statt wie bisher 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 wird es zusätzlich vergütete Leistungen geben, 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?

Die Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der sozialen Pflegeversicherung: Pflegerische Maßnahmen der Sterbebegleitung gehören zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege; entsprechend wird auch im Regelungsauftrag für die Vereinbarungspartner zum Inhalt der Pflegeleistungen zu den für die Pflegeeinrichtungen geltenden Rahmenverträgen auf Landesebene Sterbebegleitung ausdrücklich benannt. 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. Ab 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 wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, 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 wird es hierfür bundesweit einheitliche Zusatzentgelte geben. Die Krankenhäuser können dafür hauseigene Palliativ-Teams 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. Lebensjahr nicht überschritten haben. Sind diese Voraussetzungen er-

füllt, 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.

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 für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen unter anderem Arznei-, 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

Manche Krankenkassen zahlen auch, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Die Krankenkassen sollen nämlich 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 Richtlinien 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 Pflegestufe II oder III (ab 2017 die Pflegegrade 3 oder 4 bei ausschließlich körperlichen Einschränkungen) nachweisen können. 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.

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 (4.237,50 Euro im Monat beziehungsweise 50.850,00 Euro im Jahr; Stand 2016), 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 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.

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 Landeskrankenhausgesellschaften und 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 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, einer behördlichen Genehmigung. Im Rahmen dieses Zulassungsverfahrens weist der pharmazeutische Unternehmer die Wirksamkeit, die pharmazeutische Qualität und die Unbedenklichkeit des Arzneimittels nach.

Wer sorgt für die Arzneimittelsicherheit?

Insbesondere wird dabei 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 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 Satz gehört auch zum Thema Arzneimittelsicherheit. Jedes Medikament ist für Patientinnen und Patienten nur so gut wie die tatsächlichen Effekte seiner Anwendung. Und die sind bei jedem Menschen verschieden. Deshalb ist das Gespräch mit der Ärztin und dem Arzt über Anwendung und Dosierung von Medikamenten wichtig. Auch in Apotheken können Fragen zum Beispiel zu den Informationen auf Beipackzetteln gestellt werden. Diese Packungsbeilagen dienen im Wesentlichen der Aufklärung über den Gebrauch sowie mögliche Nebenwirkungen des jeweiligen Arzneimittels.

Patienten, denen drei oder mehr Arzneimittel verschrieben werden, haben ab Oktober 2016 zudem Anspruch auf einen Medikationsplan, der mittelfristig über die Gesundheitskarte abrufbar sein soll. Ziel ist es, gefährliche Wechselwirkungen zu vermeiden, zum Beispiel bei älteren Versicherten, die an verschiedenen Krankheiten leiden und bei mehreren Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig in Behandlung sind.

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 gesetzliche Krankenversicherung entwickelt. Es ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik, dafür zu sorgen, dass die Ausgaben nicht ungebremst weiterwachsen. Denn das würde die Beitragslast der Versicherten in unververtretbarer 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 nur in der Apotheke?

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.

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

Welche Arzneimittel sind frei verkäuflich?

Frei verkäuflich 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.

Bei Arzneimitteln: nachfragen und Preise vergleichen

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Da auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wie zum Beispiel Kopfschmerztabletten häufig von mehreren Firmen angeboten werden, kann sich ein Preisvergleich lohnen. Denn jede Apotheke kann 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 Medikamente 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, 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 rezeptpflichtigen Arzneimitteln

Versicherte zahlen für jedes rezeptpflichtige 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.

Für schwerwiegend chronisch Kranke wie Diabetiker gelten dieselben Zuzahlungen wie für alle anderen Versicherten auch. Aber auf ihre besondere Situation wird mit einer geringeren Belastungsgrenze Rücksicht genommen (siehe Seite 113 f.). Für verordnete Verbandmittel gelten die gleichen Zuzahlungsregeln wie für rezeptpflichtige Arzneimittel. Dabei orientiert sich die Höhe der Zuzahlung an den Gesamtkosten der Verbandmittel je Position im Rezept.

3.1.3 Rezeptfreie Arzneimittel

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

In welchen Fällen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen rezeptfreie Arzneimittel?

Rezeptfreie Arzneimittel werden grundsätzlich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Ausgenommen sind jedoch Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, denen rezeptfreie Arzneimittel ärztlich verordnet werden.

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 Gemeinsame Bundesausschuss (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 gesetzlichen Krankenversicherung 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.

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 nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Wer 18 Jahre und älter ist, trägt sämtliche Kosten für Sehhilfen selbst – mit folgenden Ausnahmen:

- Therapeutische Sehhilfen, sofern sie der Behandlung von Augenverletzungen oder -erkrankungen dienen – zum Beispiel besondere Gläser, Speziallinsen, Okklusionsschalen. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt.
- Bei einer schweren Sehbeeinträchtigung – das bedeutet: wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation gegeben ist. Ob Versicherte grundsätzlich einen Anspruch

auf geeignete Sehhilfen haben, zum Beispiel auf Lupengläser, Fernrohrbrillen oder elektronisch vergrößernde Sehhilfen wie ein sogenanntes Bildschirmlesegerät, entscheiden die Augenärztinnen und Augenärzte.

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. 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 Erkrankungs-bildern 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.

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

Beispiel

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

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

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.

Versand- beziehungsweise Internetapotheken

In Deutschland ist der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln grundsätzlich erlaubt. 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.

Bezüglich des Verbraucherschutzes und der Arzneimittelsicherheit gelten für Apotheken mit Versanderlaubnis die gleichen Maßstäbe wie für Apotheken „vor Ort“. Daher können Versicherte den von solchen Apotheken erhaltenen Arzneimitteln genauso vertrauen.

Versicherte können unter bestimmten Voraussetzungen auch Arzneimittel von Versandapotheken anderer europäischer Staaten bestellen. Derzeit ist der Versand von Arzneimitteln aus Island, den Niederlanden, Schweden (nur verschreibungspflichtige Arzneimittel), Tschechien (nur nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) und dem Vereinigten Königreich ausdrücklich zugelassen. Grundsätzlich müssen ausländische Versandapotheken, die in der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes ansässig sind und Arzneimittel nach Deutschland versenden, gleichwertige Standards erfüllen wie deutsche Apotheken und kompetente Beratung in deutscher Sprache gewährleisten.

Wenn Arzneimittel online bestellt werden

Bei Online-Bestellungen sollten Verbraucherinnen und Verbraucher darauf achten, dass sie es mit einem seriösen Anbieter zu tun haben. Dies sind im Grundsatz alle deutschen Apotheken mit Versanderlaubnis und Versandapotheken aus den im vorhergehenden Absatz genannten Staaten. Dabei sollten die Verbraucherinnen und Verbraucher darauf achten, dass diese Apotheken ihre Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse deutlich kenntlich machen. Auch sollte die für die Zulassung der Apotheke verantwortliche Behörde angegeben sein.

Diese Apotheken dürfen nur solche Arzneimittel verschicken, die in Deutschland zugelassen sind. Solche Medikamente müssen in deutscher Sprache gekennzeichnet und mit einer Packungsbeilage in deutscher Sprache versehen sein.

Ab Mitte des Jahres 2015 sind alle Apotheken und sonstigen Unternehmen in der Europäischen Union verpflichtet, auf ihren Websites das gemeinsame europäische Versandhandelslogo zu 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 eine Versandhändlerin oder 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/>).

**VERSAND
APOTHEKE**



DI M DI
Bundesbehörde

Die Sicherheitslogos 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 zurückgegeben. 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 nie mehr als die jeweiligen Kosten des Mittels zu entrichten.

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

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 122 ff.),
- empfohlenen Schutzimpfungen (siehe Übersicht Seite 128 ff.),
- Harn- und Bluttteststreifen.

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 (vgl. 2.3.3) teilnehmen, gilt eine Grenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Chronikerregelung).
- 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 zum einen nach der sogenannten Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist ein Durchschnittswert der Jahreseinnahmen der Versicherten. Im Jahr 2016 liegt dieser Wert bei 34.860 Euro. Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (zum Beispiel Ehepartnerin oder Ehepartner) gilt ein Freibetrag von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße. Zum anderen wird für jedes minderjährige oder familienversicherte Kind der oder des Versicherten und der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners ein Freibetrag von derzeit 7.248 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 Einnahmehöhe 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.

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 Zunahme 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 Pflegestufe II oder III (ab 2017 die Pflegegrade 3 oder 4) 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.

Wenn ein mitversichertes Familienmitglied (Ehegattin oder Ehegatte, volljähriges Kind) oder die Ehepartnerin oder der Ehepartner in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert und schwerwiegend chronisch krank ist, gilt für alle Familienmitglieder eine Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzüglich der Freibeträge.

Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder 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 (vgl. 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 gesetzliche Krankenversicherung (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 Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelpreisen schützen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (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.

Frühe Nutzenbewertung

Der Preis, den die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel erstattet, muss sich seither an seinem therapeutischen Nutzen messen lassen. Diesen Nutzen müssen die Hersteller nachweisen. Sie müssen schon zur Markteinführung eines neuen Arzneimittels belegen, ob dadurch eine Krankheit im Vergleich zu anderen eingesetzten Medikamenten besser behandelt werden kann, ob ein schnellerer Heilungsverlauf zu erwarten ist, unerwünschte Nebenwirkungen

vermieden werden können oder sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten deutlich verbessern lässt. Wissenschaftliche Expertinnen und Experten überprüfen diese Angaben. Kommen sie zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel keinen nennenswerten Zusatznutzen hat, dann zahlen die gesetzlichen Krankenkassen auch nur den festgelegten Höchstbetrag, der auch für vergleichbare Medikamente gilt. Kommen die Expertinnen und Experten zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel eine deutliche Verbesserung gegenüber bereits vorhandenen darstellt, müssen sich Hersteller und Krankenkassen gemeinsam darüber verständigen, welcher Preis angemessen ist. Mit dieser neuen Regelung wird der Preis eines Arzneimittels also erstmals wirklich an seinen Nutzen gekoppelt. Überhöhte Preise der pharmazeutischen Industrie zulasten der Krankenkassen und Versicherten werden dadurch in Zukunft vermieden.

Die notwendigen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse, Informationen und Daten zur Nutzenbewertung liefert vor allem das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) tätig wird.

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) unmittel-

bar 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 System der gesetzlichen Krankenversicherung. 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: – 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: – 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“), Basallzellkarzinom 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: – 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: – 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: – 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 Unter- suchungen im Abstand von zehn Jahren	Die Untersuchung umfasst: – 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
Mammografie-Screening (zur Früherkennung von Brustkrebs)	im Alter von 50 bis 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre	Das Screening umfasst: – schriftliche Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit – Information (Merkblatt) mit der Einladung – schriftliche Anamnese – Röntgen beider Brüste (Mammografie) – Doppelbefundung der Röntgenaufnahmen durch zwei unabhängige Untersucher – Befundmitteilung innerhalb von sieben Werktagen – (Im Falle eines verdächtigen Befundes erfolgt eine Einladung zur weiteren diagnostischen Abklärung. Dies veranlasst die jeweilige Screening-Einheit.)	Krebsfrüherkennungs- Richtlinie Internet: www.g-ba.de <a href="http://www.mammo-
programm.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>Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien</p> <p>Internet: www.g-ba.de</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 (ungeimpfte bzw. nur einmal geimpfte, nach 1970 geborene Personen) <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
Indikationsimpfungen	Impfungen für Risikogruppen bei individuell (nicht beruflich) erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter

Impfung	Weitere Informationen
<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

Zu den Vorsorgeleistungen gehören unter anderem:

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

Weitere Informationen

Mutterschafts-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr

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

Anmerkungen

Weitere Informationen

Mutterschafts-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Kinder- und Jugenduntersuchungen

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen.

Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder 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 Alter von sechs Jahren	zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren beginnend unmittelbar nach der Geburt (U1 bis U9)	Es wird die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes geprüft, 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-Richtlinien Internet: www.g-ba.de
J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung)	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 Jugendgesundheitsuntersuchung 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 zuzahlen	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 den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet.	Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Arzneimittel, an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments. Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen	
... für Lifestyle-Präparate?	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht erstattet.		
... für Fahrkosten?	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien 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 zuzahlen	Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
... für Sehhilfen/Brillen?	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss.	Ein Leistungsanspruch besteht für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei therapeutischen Sehhilfen sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen. Dabei wird keine Zuzahlung gefordert.	
... 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.

Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus	80 f.
Arzneimittel	99 ff.
Auslandskrankenversicherung	41
Bedürftige	26 f.
Beiträge	21 ff.
Beitragsrückerstattungstarif	31 f.
Belastungsgrenzen	113 f.
Besondere Versorgungsformen	29 ff., 76 ff.
Betriebliche Gesundheitsförderung	58
Bindungsfristen	32
Bonusprogramme	32
Brillen	106, 140
Bruttoeinnahmen	113 ff.
Chronikerregelung	66 f., 79, 114
Chronisch Kranke	30, 66 f., 71, 78 f., 80, 104, 116
Datenschutz	50
Disease-Management-Programme	30, 78 f.
Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	47 ff.
Ergotherapie	62, 99, 109
Ermäßigter Beitragssatz	22 f.
Familienversicherung	14, 17 ff., 35, 37
Freiwillig Versicherte	13, 16 f., 21 ff., 33 f.
Früherkennungsuntersuchungen (Überblick)	59 ff., 122 ff.
Früherkennung von Krebs	122 ff.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	52 f., 97
Geriatrische Rehabilitation	65
Gesundheits-Check-up	126
Gesundheitsfonds	9, 27, 51 f.
GKV-Spitzenverband	12 f., 96 f., 118
Härtefallregelungen	38, 84
Haushaltshilfe	33, 74, 85, 92 f., 112
Häusliche Krankenpflege	72, 74, 89, 91 f.
Heilmittel	67, 85, 108 f.
Hilfsmittel	72, 92, 105 ff.
Impfungen	56, 59, 113, 128 ff.
Integrierte Versorgung	29, 77 f.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	53, 119 f.
Internetapotheke	110 ff.
Kinder	14, 17 ff., 57, 59 f., 65, 82, 86, 88, 94 f., 103 ff., 113, 126 ff., 134, 139, 141
Kinder- und Jugenduntersuchungen	134 f.
Kinderhospize	88
Kontrahierungszwang	43
Kostenerstattungstarif	29, 31
Krankengeld	94 f.
Krankengeldtarif für Selbstständige	29 f., 32
Krankengymnastik	62, 99, 108
Krankenkassenwechsel	36 ff.
Krankentransport	69, 94
Krankenversicherung	9 ff.
Kündigungsfristen	37, 44 f.
Künstliche Befruchtung	90 f., 140
Kuren	57, 62, 64 f., 67
Leistungskatalog	33, 43, 60, 128

Massagen	62, 109, 137
Medizinische Versorgungszentren	79 f.
Palliativversorgung	87 ff.
Patientenbeauftragter	148
Pflichtversicherte	14 ff., 21 f., 36
Physiotherapie	55, 108
Prämienzahlung	29
Prävention	32, 55 f., 72, 82
Private Krankenversicherung	11, 16 f., 42 ff.
Psychotherapie	86
Rehabilitation	55 ff., 62 ff., 112 f.
Rentnerinnen und Rentner	24 f.
Rezeptfreie Arzneimittel	104
Rezeptpflichtige Arzneimittel	103
Richtlinien des G-BA	13, 52, 70, 97, 108, 117
Risikostrukturausgleich	51 f.
Schutzimpfungen (Übersicht)	128 ff.
Schwangerschaft	85 f., 90 f., 93, 114 f., 132 f.
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	132
Selbstbehalttarif	29 ff., 38
Selbstständige	16, 20 ff., 30 f., 33 ff.
Selbstverwaltung	11 f., 52
Selbsthilfegruppen	146 f.
Sonderkündigungsrecht	37 f.
Soziotherapie	86 f., 138 f.
Strukturierte Behandlungsprogramme	29 f., 78 f.

Verminderte Belastungsgrenze	79
Versandapotheke	110 ff.
Versicherungspflichtgrenze	9 ff., 15 ff., 23
Versicherungsschutz im Ausland	40 ff.
Versorgungsbezüge	21 ff.
Vorsorge	55 ff.
Vorversicherungszeiten	15 f.
Wahltarife (Überblick)	28 ff., 78
Wahltarif für Integrierte Versorgung	29
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	29 f.
Zahnärztin/Zahnarzt	41, 47, 67 f., 81 ff., 97, 117
Zahnersatz	41, 83 ff., 140 f.
Zahnvorsorgeuntersuchungen	126 f.
Zusatzbeitrag	27 f., 36 ff.
Zusatzleistungen	33, 36
Zusatzversicherung	33
Zuzahlungen	66, 84, 87, 93 f., 103 f., 109, 113 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

**Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
sowie Bevollmächtigter für Pflege**

Staatssekretär Karl-Josef Laumann

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.patientenbeauftragter.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 Publikationen

Kostenlos zu bestellen unter publikationen@bundesregierung.de



Broschüre: Ratgeber zur Pflege

Der Pflege-Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflege.

Bestell-Nr.: BMG-P-07055



Broschüre: Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheit ist ein entscheidender Faktor für ein gutes Leben. Der Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, wie man jeden Tag etwas für seine Gesundheit tun kann.

Bestell-Nr.: BMG-V-09053

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Atelier Hauer + Dörfler GmbH, Berlin

Druck: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG,
Frankfurt am Main

Fotos: BMG/Jochen Zick/action press (S. 3)
shutterstock/Mila Supinskaya (S. 8)
gettyimages/Vincent Hazat (S. 54)
shutterstock/YanLev (S. 63)
plainpicture/Cultura/Hybrid Images (S. 98)

12. aktualisierte Auflage: Stand Juni 2016
Erstauflage: 2003

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.: BMG-P-07031
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 / 18 272 27 21
Fax: 030 / 18 10 272 27 21
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheit und Pflege aktuell

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

GP_aktuell

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


Publikationsverzeichnis

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

Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de
www.in-form.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 **030 / 340 60 66 – 01**


Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 **030 / 340 60 66 – 02**

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030 / 340 60 66 – 03**

Fragen zur Suchtvorbeugung

 **02 21 / 89 20 31***

Beratungsservice für Gehörlose

 **030 / 340 60 66 – 07** Telefax

030 / 340 60 66 – 08 ISDN-Bildtelefon



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