



Bundesministerium
für Gesundheit

Ratgeber Krankenversicherung

Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten



RATGEBER

Ratgeber Krankenversicherung

Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten



Liebe Leserin, lieber Leser,

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

Wie sehr das zutrifft, haben wir in diesem Jahr wieder erlebt und erleben es noch. Es ist wieder sehr deutlich geworden, dass ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, wie wir es haben, ein stabilisierendes Grundelement eines funktionierenden Staates ist. Wir müssen und werden unser Gesundheitswesen – auch vor dem Hintergrund der neuen Erfahrungen – weiter stärken und setzen dabei Begonnenes konsequent fort.

Wir verbessern die Situation in der Pflege – durch die Finanzierung neuer Stellen, durch bessere Arbeitsbedingungen und Bezahlung, über eine moderne Ausbildung und auch durch gezielte Fachkräfte-Gewinnung aus dem Ausland. Es geht darum,

dass die Pflegenden bald sagen können: Ich habe endlich wieder mehr Zeit für die Patienten und ich spüre die Wertschätzung der Gesellschaft für meine Arbeit!

Wir nutzen die Chancen der Digitalisierung für das Gesundheitswesen. Telemedizin, Videosprechstunden, elektronische Patientenakte mit Zugang über das Smartphone für die, die das wollen, bessere Datennutzung für die Forschung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten unter Gewährleistung von Datensicherheit und Datenschutz: Für all das ebnen wir die Wege und setzen wir kluge Rahmenbedingungen. Damit die Dinge beginnen können und ihr Nutzen im Versorgungsalltag erlebbar wird.

Das sind nur zwei Beispiele – Verbesserungen bei der Organ spende, bei Arztterminen oder bei den Kassenfinanzen wären noch zu nennen - für eine Agenda, mit der wir auch Vertrauen in die Politik ganz allgemein zurückgewinnen wollen: Politik kann einen Unterschied machen, Politik versucht tatsächlich, Probleme zu lösen, und kann darin auch Erfolg haben – ganz konkret und spürbar im Alltag!

Ihr



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife	8
1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	14
1.1.1 Pflichtversicherte	15
1.1.2 Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)	16
1.1.3 Freiwillig Versicherte	17
1.1.3.1 Zugang/Beitrtrittsrecht für Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten	18
1.1.4 Familienversicherte	19
1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten	22
1.2 Beiträge	23
1.2.1 Beitragshöhe	23
1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner	26
1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende	29
1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige	30
1.3 Zusatzbeiträge	31

1.4 Wahltarife und Bonusprogramme	32
1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen	32
1.4.2 Bonusprogramme	36
1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen	36
1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV	38
1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse	39
1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?	40
1.5.2 Kündigung	40
1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse	43
1.6 Versicherungsschutz im Ausland	44
1.7 Private Krankenversicherung (PKV)	47
1.7.1 Alterungsrückstellungen	51
1.7.2 Prämiensteigerungen in der privaten Krankenversicherung	51
1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronisches Gesundheitsnetz	52
1.9 Begriffe und Institutionen	55

2 Medizinische Versorgung	58
2.1 Vorsorge, Früherkennung und Rehabilitation	59
2.1.1 Gesund bleiben: Gesundheitsförderung und Prävention	59
2.1.2 Früherkennung	64
2.1.3 Vorsorge und Rehabilitation	68
2.2 Ärztliche Behandlung	74
2.2.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum	75
2.2.2 Stärkung der Patientenrechte	78
2.2.3 Verbesserung der Versorgung im Krankenhaus	82
2.3 Besondere Versorgungsformen	88
2.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung: die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt als Lotse	88
2.3.2 Besondere Versorgungsformen	89
2.3.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme – DMP)	90
2.3.4 Medizinische Versorgungszentren	91
2.3.5 Ambulante Behandlung im Krankenhaus	92
2.4 Zahnärztliche Behandlung	93
2.4.1 Zahnärztliche Leistungen	94
2.4.2 Kosten für Zahnersatz	96
2.5 Angebote für besondere Personengruppen	98
2.5.1 Angebote für werdende Mütter	98
2.5.2 Angebote für seelisch kranke Menschen	99
2.5.3 Angebote für Sterbenskranke	100
2.5.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch	103
2.6 Hilfen zu Hause	104
2.6.1 Häusliche Krankenpflege	104
2.6.2 Haushaltshilfe	106
2.7 Fahrkosten	107
2.8 Krankengeld	109
2.9 Begriffe und Institutionen	111

3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen	114
3.1 Arzneimittel	115
3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln	117
3.1.2 Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln	120
3.1.3 Preisgestaltung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	121
3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität	122
3.2 Hilfsmittel	122
Beispiele	124
3.3 Digitale Gesundheitsanwendungen	125
3.4 Heilmittel	126
3.5 Apotheken	128
3.6 Zuzahlung	130
3.7 Begriffe und Institutionen	134
Welche Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?	140
Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen	158
4 Stichwortregister und Adressen	164
Stichwortregister	165
Adressen	169
Weitere Informationen	175
Informationsangebote	175
Weitere Publikationen	176
Bürgertelefon	178
Infotelefone der BZgA	179
Impressum	180

1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife



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

Solidarität aus Prinzip

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

Versicherungspflicht

Pflichtmitglieder in der GKV sind insbesondere alle Arbeitnehmer¹, deren monatliches Bruttoeinkommen unter der jährlich angepassten Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2020 5.212,50 Euro monatlich) und über der Geringfügigkeitsgrenze (im Jahr 2020 450 Euro/Monat) liegt. Pflichtmitglieder der GKV sind automatisch auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Genauere Informationen zur Pflegeversicherung bietet die Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit „Ratgeber Pflege“ (☉ siehe Seite 177).

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

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

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

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

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



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

Versicherungsfreiheit

Die Versicherungspflicht von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Arbeitsentgelt in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) übersteigt, endet mit Ablauf des Kalenderjahres, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze liegt im Jahr 2020 bei einem Jahresarbeitsentgelt von 62.550 Euro (beziehungsweise 5.212,50 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 – insbesondere in dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) – vor, aber die Träger des Gesundheitswesens organisieren sich selbst, um in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Zu den Einrichtungen der Selbstverwaltung gehören unter anderem 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 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (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 (DKG) bilden den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit Sitz in Berlin. Der G-BA ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in dem die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen sowie der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Krankenhäuser) gemeinsam die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung und die medizinischen Leistungen beraten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Des Weiteren hat der G-BA unter anderem auch wichtige Aufgaben im

Bereich Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Der G-BA erlässt Richtlinien, die für alle Versicherten, die gesetzlichen Krankenkassen und die an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie anderen Leistungserbringer verbindlich sind. Um dabei auch die maßgeblichen Interessen von Patientinnen und Patienten, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen 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 führen 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 unter bestimmten Voraussetzungen bei einer erstmaligen Aufnahme einer Beschäftigung im Inland möglich (☺ siehe 1.1.3).

Familienversicherung

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

Versichertengruppe	Zahl in Millionen
GKV-Mitglieder und beitragsfreie GKV-Versicherte	72,9
GKV-Mitglieder	56,9
Beitragsfreie GKV-Versicherte (mitversicherte Familienangehörige und Kinder)	16,0

1.1.1 Pflichtversicherte

Wann gilt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung?

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

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 450 Euro monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt,
- Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II,
- Auszubildende und Studierende unter bestimmten Voraussetzungen sowie Praktikantinnen und Praktikanten, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten,

- Rentnerinnen und Rentner, sofern bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind,
- Bezieherinnen und Bezieher einer Waisenrente oder einer entsprechenden Hinterbliebenenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung,
- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Altenteiler in der Landwirtschaft,
- Menschen mit Behinderungen (in Werkstätten oder Heimen),
- Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten,
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der GKV zuzuordnen sind.

1.1.2 Versicherungspflichtgrenze beziehungsweise Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

Welche Grenzen gelten beim Jahreseinkommen?

Wenn pflichtversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis innerhalb eines Jahres mit ihrem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) überschreiten, endet mit Ablauf des Kalenderjahres die Versicherungspflicht. Dies gilt nur, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die jeweilige Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich angepasst und liegt bei 5.212,50 Euro im Monat beziehungsweise 62.550 Euro im Jahr (Stand 2020).

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 4.687,50 Euro monatlich beziehungsweise 56.250 Euro im Jahr (Stand 2020). 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 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 GKV als freiwilliges Mitglied beizutreten. Das gilt auch, wenn sie zuvor privat krankenversichert waren und die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen. Mit Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes ist der freiwillige Beitritt nun auch auf elektronischem Weg möglich.

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.

1.1.3.1 Zugang/Beitrittsrecht für Zeitsoldatinnen und Zeitsoldaten

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 wurde die soziale Absicherung von ehemaligen Soldatinnen und Soldaten auf Zeit (SaZ) entscheidend verbessert, indem ein einheitliches Zugangsrecht zur GKV geschaffen wurde. Dabei bleibt die Option für den Weg in die PKV erhalten. Konkret gelten seit 1. Januar 2019 folgende Regelungen:

- Die ehemaligen SaZ können innerhalb von drei Monaten nach Ende ihrer Dienstzeit der GKV als freiwilliges Mitglied beitreten. Damit haben ausgeschiedene SaZ die Wahl zwischen der GKV und einer PKV.
- Anstelle des bisherigen Beihilfeanspruchs erhalten ausgeschiedene SaZ während des Bezugs der Übergangsgebührrnisse einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen entweder für ihre Mitgliedschaft in der GKV oder in der PKV.

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 GKV 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



Kinder können grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenkasse mitversichert werden

die monatliche Versicherungspflichtgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das des gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartners.

Wie lange sind Kinder beitragsfrei mitversichert?

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

Wurde die Schul- oder Berufsausbildung durch einen Freiwilligendienst (BFD oder FSJ beziehungsweise FÖJ) oder den freiwilligen Wehrdienst des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für die Dauer von höchstens zwölf Monaten.

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 76,04 Euro zur Krankenversicherung zuzüglich des Zusatzbeitrags, den die Krankenkassen von ihren Mitgliedern erheben können.

Fachschülerinnen und Fachschüler können der GKV 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 455 Euro monatlich (Stand 2020). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro monatlich. Das Gesamteinkommen ist laut Gesetz die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Dazu zählt vor allem das Arbeitseinkommen. Unterhaltszahlungen werden bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht berücksichtigt.

Gut zu wissen



Sie sind nicht krankenversichert?

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

Informationen hierzu erhalten Sie auch beim Bürger-telefon des Bundesgesundheitsministeriums unter 030 3406066 - 01. Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 18 Uhr, Freitag von 8 Uhr bis 12 Uhr.

Gehörlose und Hörgeschädigte erreichen den Beratungsservice des Bundesgesundheitsministeriums unter Fax 030 3406066 - 07, per Videotelefonie: www.gebaerdentelefon.de/bmg/ oder per E-Mail an: info.gehoerlos@bmg.bund.de.

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

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

Kurz erklärt



Wie funktioniert die Künstlersozialversicherung (KSV)?

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

1.2 Beiträge

1.2.1 Beitragshöhe

Wonach bemessen sich die Beiträge?

Die GKV finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge (hierzu zählen auch die individuellen Zusatzbeiträge der Krankenkassen, ☺ siehe auch Kapitel 1.3 ab Seite 31) bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei Pflichtversicherten sind dies Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (mit Ausnahme der bis zu bestimmten Altersgrenzen beitragsfreien Waisenrente), 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 4.687,50 Euro im Monat beziehungsweise 56.250 Euro im Jahr (Stand 2020) berücksichtigt.

Kurz erklärt



Beitragsätze

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. Zusätzlich zu den nach dem allgemeinen – beziehungsweise ermäßigten – Beitragssatz ermittelten Beiträgen können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben (☉ siehe Kapitel 1.3 ab Seite 31).

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

Wann gilt ein ermäßigter Beitragssatz?

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

Beitragsätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2020**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%)	3,05% (3,3%)
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	4.687,50 €
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	56.250 €

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	684,43 €* **
Allgemein (Mindestbemessungsgrundlage: 1.038,33 €)	nein	148,63 €*
Selbstständige (Mindestbemessungsgrundlage: 1.038,33 €)	nein	148,63 €*
	ja	155,00 €*
Höchstbeitrag für Selbstständige	nein	656,25 €*
	ja	684,48 €*
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein	656,25 €*
Freiwillig versicherte Studierende	nein	mind. 148,63 €*

* Daneben können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben.

** Beitragszuschuss des Arbeitgebers: 342,19 €

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.

Die Beiträge tragen die Rentnerinnen und Rentner sowie der zuständige Rentenversicherungsträger jeweils zu Hälfte. Die Krankenkassenbeiträge für Versorgungsbezüge oder Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit müssen Rentnerinnen und Rentner allein zahlen.

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

Bei freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern werden alle Einnahmen der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Nacheinander werden dabei Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und sonstige Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (☺ siehe Kapitel 1.2.1 Beitragshöhe ab Seite 23) berücksichtigt. Zu sonstigen Einnahmen zählen Bezüge, die für die sogenannte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds relevant



Für versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner gelten eigene Beitragsregelungen

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 Rentenversicherungsträger beteiligt sich auch hier hälftig an den Aufwendungen, die sich für freiwillig versicherte Rentenbezieher aus der Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes auf den Zahlbetrag der Rente ergeben.

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 Kapitaleleistungen 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.

Freibetrag für Betriebsrenten

Mit dem Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der GKV zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz – GKV-BRG) vom 21. Dezember 2019 werden pflichtversicherte Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner seit dem 1. Januar 2020 von Krankenversicherungsbeiträgen, die sie im Alter aus Leistungen der betrieblichen Altersversorgung zu zahlen haben, entlastet. Konkret wird ein Freibetrag von 159,25 Euro monatlich (Jahr 2020) eingeführt, auf den keine Krankenkassenbeiträge mehr gezahlt werden müssen. Die Höhe des Freibetrags wird jedes Jahr entsprechend der Rechengrößen der Sozialversicherung angepasst und folgt damit in etwa der durchschnittlichen Lohnentwicklung. Wer eine höhere Betriebsrente erhält, zahlt nur auf die den Freibetrag überschreitende Betriebsrente Krankenkassenbeiträge.

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 GKV. 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 GKV bei den Gesundheitsleistungen gleichgestellt. Dementsprechend erhalten sie wie andere Versicherte eine Krankenversicherungskarte. Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) sind automatisch pflichtversichert in der GKV.

Wenn Menschen bedürftig werden, gilt: Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger bleiben in ihrer bisherigen Krankenkasse beziehungsweise bei ihrem bisherigen privaten Versicherungsunternehmen versichert. Waren sie bislang nicht versichert, werden sie in der Regel der Krankenkasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zugeordnet, bei dem sie zuletzt versichert waren. Die Beiträge werden vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Auch bei Erwerbsfähigen, die kein ALG II beziehen, kann der zuständige Träger der Grundsicherung die Beiträge für eine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung ganz oder teilweise übernehmen. Voraussetzung ist, dass mit der Übernahme Hilfsbedürftigkeit vermieden werden kann. Nicht erwerbsfähige Personen – also Menschen ab 65 Jahren und Personen, die voll erwerbsgemindert sind – können Leistungen der Sozialhilfe erhalten. Für sie liegt die Zuständigkeit bei den örtlichen Sozialhilfeträgern. Auch wenn nicht erwerbsfähige Personen nur durch die Zahlung der Krankenkassenbeiträge hilfsbedürftig würden, müssten die Träger der Sozialhilfe Pflichtbeiträge im erforderlichen Umfang übernehmen.

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

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

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

1.3 Zusatzbeiträge

Seit dem 1. Januar 2015 gilt für die gesetzlichen Krankenkassen ein allgemeiner Beitragssatz von 14,6 Prozent beziehungsweise gegebenenfalls ein ermäßigter Beitragssatz von 14,0 Prozent. Ergänzend erheben die Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern, um ihren Finanzbedarf, der über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinausgeht, zu decken. Seit dem 1. Januar 2019 beteiligen sich Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger auch zur Hälfte an den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beziehungsweise Rentnerinnen und Rentner. Außerdem dürfen Krankenkassen mit sehr hohen Finanzreserven ihre Zusatzbeiträge nicht mehr anheben.

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

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

Soweit eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht, haben die Mitglieder die Möglichkeit, ihre Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregeln zu wechseln (☺ siehe auch Kapitel 1.5 ab Seite 39).

Mitversicherte Kinder und Partnerinnen oder Partner (Familienversicherte) zahlen keinen Zusatzbeitrag. Bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sowie Bezieherinnen und Bezieher einer Grundsicherung übernehmen die zuständigen Ämter den Zusatzbeitrag.

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

Für einige Personengruppen gilt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, zum Beispiel für Geringverdienende, Auszubildende (Arbeitsentgelt bis 325 Euro) sowie Auszubildende in Einrichtungen der Jugendhilfe und Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Für das Jahr 2020 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent festgesetzt.

1.4 Wahltarife und Bonusprogramme

1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten auch Wahltarife. Die Versicherten haben dadurch mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Vergleichbarkeit der Angebote. Sie sollen so von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen profitieren. Es gibt Wahltarife, die von allen Krankenkassen 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
Hausarztтарif (hausarztzentrierte Versorgung)	Kostenerstattungstarif
Wahlтарif für strukturierte Behandlungsprogramme	Beitragsrückerstattungstarif und weitere
Krankengeldtarif für Selbstständige	

Wahltarife im Pflichtangebot der Krankenkassen

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

Wahlтарif 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.

Hausarztтарif (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 Hausarztтарif 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, Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronischer Rückenschmerz, Brustkrebs oder Depressionen: 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.

Neben dem Wahltarif besteht auch die Möglichkeit, den gesetzlichen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes zu erhalten (siehe auch 1.4.4). Hierfür muss kein Wahltarif abgeschlossen, sondern eine Wahlerklärung bei der Krankenkasse abgegeben werden.

Freiwillige Wahltarifangebote der Krankenkassen

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

Selbstbehalttarif

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

Durchgerechnet



So funktioniert der Selbstbehalttarif – ein Beispiel

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

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

Kostenerstattungstarif

Entscheiden sich Versicherte für eine Kostenerstattung, erhalten sie medizinische Leistungen wie in der privaten Krankenversicherung gegen Rechnung. Diese reichen sie dann bei der Krankenkasse ein. Dabei kann die Kostenerstattung auf ausgewählte Versorgungsbereiche begrenzt werden, zum Beispiel auf ambulante, stationäre oder zahnärztliche Leistungen. In besonderen Kostenerstattungstarifen können höhere Vergütungen vereinbart werden, als sie normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Dafür fallen dann zusätzliche Prämien an.

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. Die bekanntesten Beispiele für derartige Leistungen sind Satzungsleistungen und Verträge der besonderen Versorgung,



Für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten bieten die Krankenkassen Bonusprogramme an

sogenannte Selektivverträge. Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Satzungsleistungen stehen im Ermessen der Krankenkassen und können im Wettbewerb der Krankenkassen eingesetzt werden. Manche Krankenkassen bieten zum Beispiel Satzungsleistungen bei der häuslichen Krankenpflege oder bei der Haushaltshilfe an. Je nach persönlichen Bedürfnissen können sich daraus Vorteile ergeben. Jede Krankenkasse kann diese Leistungen in ihrer Satzung festlegen. Die Kassen informieren ihre Mitglieder über jede Satzungsänderung, zum Beispiel in ihren Mitgliederzeitschriften. Neben den Satzungsleistungen können die Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen besondere Versorgungsangebote, etwa im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, zur Überwindung der Sektorengrenzen oder zur Versorgung mit digitalen Versorgungsprodukten, wie etwa Gesundheits-Apps, anbieten.

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 keine Absicherung des durch Krankheit ausfallenden Einkommens. Da Selbstständige ihr Einkommen selbst erwirtschaften, müssen sie sich auch selbst gegen einen Verdienstaustausfall versichern. Dafür bietet die gesetzliche Krankenversicherung zwei Möglichkeiten:

- Krankengeldwahltarif: Die Krankenkassen müssen einen solchen Tarif anbieten, dürfen dafür aber auch einen Prämienzuschlag verlangen, der von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein kann. Gesundheitsprüfungen wie in der privaten Krankenversicherung sind dabei nicht zulässig.
- „Gesetzlicher Krankengeldanspruch“: Durch Abgabe einer Wahlerklärung gegenüber ihrer Krankenkasse besteht für hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit, sich für die Absicherung durch das „gesetzliche“ Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu entscheiden. Sie zahlen dann anstelle des ermäßigten Beitragssatzes (14,0 Prozent) den allgemeinen Beitragssatz (14,6 Prozent).

Für hauptberuflich Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt je nach Krankengeldanspruch ein Mindestbeitrag von 148,63 bis 155,00 Euro (Stand 2020). Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag.

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,
- eine Betriebskrankenkasse (BKK), wenn eine Beschäftigung in einem Betrieb besteht – oder vor dem Rentenbezug bestand –, für den eine BKK 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 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 GKV 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 GKV geschieht dies durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung, die von der neu gewählten Krankenkasse ausgestellt wird.

Welche Kündigungsfristen gelten?

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

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

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

Sonderkündigungsrecht

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

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

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

Kündigung eines Wahltarifs

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

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

Wie läuft eine Kündigung ab?

Versicherte müssen ihrer Krankenkasse schriftlich kündigen. Diese ist verpflichtet, unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach

Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Nach Vorlage der Kündigungsbestätigung stellt die neue Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung aus. Mit der Vorlage dieser neuen Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle (bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ist dies in der Regel der Arbeitgeber) wird die Kündigung wirksam. Wenn keine Mitgliedschaft in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen werden soll, ist der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (zum Beispiel eine private Krankenversicherung), damit die Kündigung wirksam wird.

1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse

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

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

1.6 Versicherungsschutz im Ausland

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

In den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien¹, 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. (In Deutschland befindet sich die EHIC auf der Rückseite der nationalen Krankenversicherungskarte [eGK].)

1 Das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland (Vereinigtes Königreich) hat am 29. März 2017 beim Europäischen Rat seinen Austritt aus der Europäischen Union („Brexit“) beantragt. Zum 1. Februar 2020 ist das Vereinigte Königreich aus der Europäischen Union ausgetreten. Im Gesundheitsbereich ergeben sich für die Bürgerinnen und Bürger sowie für Unternehmen vorerst keine Änderungen. Bis Ende 2020 läuft die Übergangsphase, in der das EU-Recht im Bereich Sozialrechtskoordinierung für das Vereinigte Königreich weiterhin gilt. Die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) ist in dieser Zeit weiterhin gültig. Die bis zum Ende der Übergangsphase mit deutschen Krankenversicherungsunternehmen geschlossenen Verträge der privaten Krankenversicherung (substitutive Kranken- und Pflegeversicherung) von bereits bis zum Zeitpunkt des Brexits in Großbritannien ansässigen Personen können aus deutscher Sicht fortgesetzt werden. Bis Ende 2020 sollen Vereinbarungen zu den zukünftigen Beziehungen zwischen der Europäischen Union und dem Vereinigten Königreich ausgehandelt werden. Es wird Versicherten empfohlen, sich vor einem Aufenthalt im Vereinigten Königreich bei ihrer zuständigen Krankenkasse oder bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) über die aktuell geltenden Bestimmungen entsprechend zu informieren.



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

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 Auslandsrankenversicherung für eine Behandlung außerhalb der EU abgeschlossen werden kann

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

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

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

1.7 Private Krankenversicherung (PKV)

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

Wie bemessen private Krankenversicherungen die Beiträge?

Im Gegensatz zur GKV, bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, bemisst sich der Beitrag in der PKV nach dem Risiko der Versicherten bei Abschluss des Versicherungsvertrags. Dieses hängt von verschiedenen Faktoren ab – insbesondere vom Eintrittsalter und der individuellen Invaliditäts- und Krankheitsgefahr. Außerdem ist der vereinbarte Leistungsumfang für die Prämienhöhe von Bedeutung. So kann zum Beispiel durch die Vereinbarung von Selbsthalten 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 2020: 735,94 Euro). Kann jemand den Beitrag aufgrund von Hilfsbedürftigkeit (im Sinne des Sozialrechts) nicht bezahlen, wird die Prämie halbiert. Ist auch das zu viel, leistet der Grundsicherungs- beziehungsweise Sozialhilfeträger Zuschüsse im erforderlichen Umfang, um Hilfsbedürftigkeit zu vermeiden. Der Basistarif steht grundsätzlich allen Personen offen, die sich nach dem 1. Januar 2009 neu in der PKV versichert haben beziehungsweise versichern, sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die ehemals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, freiwilligen Mitgliedern der GKV innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit zur PKV sowie beihilfeberechtigten Personen zur Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs. Das Versicherungsunternehmen ist dabei frei wählbar.

Auch bereits PKV-Versicherte, die ihren Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können unter bestimmten Voraussetzungen und unter Anrechnung der erworbenen Alterungsrückstellungen in den Basistarif ihres Versicherungsunternehmens wechseln. Diese Möglichkeit besteht, wenn sie über 55 Jahre alt sind oder Beamtenpension beziehungsweise Rente beziehen oder finanziell hilfebedürftig 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 (Stand 1. Januar 2020: 684,38 Euro) nicht überschreiten. Für Ehepaare ist der Beitrag auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Die Leistungen im Basis- und Standardtarif sind vergleichbar mit den Leistungen, für die von der GKV die Kosten übernommen werden.

Wann können freiwillige Mitglieder der GKV in die PKV wechseln?

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

Gut zu wissen



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

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

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

Bei einem Wechsel von der GKV zur PKV gelten die vorgegebenen Kündigungsfristen. Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung ausspricht. Die Bindungsfrist von 18 Monaten an die gesetzliche Krankenkasse gilt nicht, wenn keine Mitgliedschaft bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse, sondern bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen begründet werden soll.

1.7.1 Alterungsrückstellungen

Was sind Alterungsrückstellungen?

Alle privat Krankenversicherten zahlen in jüngeren Jahren einen höheren Versicherungsbeitrag, als es zur Absicherung ihrer Krankheitskosten notwendig wäre. Durch diesen gesetzlichen Zuschlag auf den 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 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. Außerdem unterstützen Leitlinien bei einem transparenteren und kundenfreundlicheren Tarifwechsel. An dieser Initiative beteiligen sich 24 PKV-Unternehmen.

1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK) und elektronisches Gesundheitsnetz

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

Auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte sind die Verwaltungsdaten der Versicherten, wie zum Beispiel Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer sowie weitere Versichertenstammdaten, verpflichtend gespeichert. Die Prüfung und bei Bedarf Aktualisierung der Versichertenstammdaten ist die erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte. Die Prüfung



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

dieser Daten geschieht durch das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte in der Arztpraxis und dem automatischen Abgleich der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte mit den Daten, die bei der Krankenkasse vorliegen.

Seit Oktober 2016 haben Patientinnen und Patienten, die über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen gleichzeitig drei oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden, einen Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform. Vom Medikationsplan profitieren vor allem ältere und chronisch kranke Menschen. Beginnend ab Mitte 2020 soll der Medikationsplan auf Wunsch der Versicherten genau wie die Notfalldaten auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein. Die elektronische Bereitstellung des Medikationsplans soll eine leichtere Aktualisierung der Medikationsdaten in der Arztpraxis und in der Apotheke unterstützen. Gleichzeitig sollen durch eine bessere Verfügbarkeit der Medikationsdaten Ärztinnen

und Ärzte besser über die Gesamtmedikation ihrer Patientinnen und Patienten informiert werden.

Ab 1. Januar 2021 haben Versicherte einen Anspruch auf Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte durch ihre Krankenkasse. In der elektronischen Patientenakte sollen Behandler auf Wunsch der beziehungsweise des Versicherten Informationen, beispielsweise zu durchgemachten oder aktuell vorliegenden Erkrankungen, und zu durchgeführten Behandlungen oder auch ärztliche Berichte usw. hinterlegen können. So werden die Versicherten in der Lage sein, ihre Weiter- und Mitbehandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Darüber hinaus sollen Versicherte auch eigene Daten, wie zum Beispiel ein Tagebuch über Blutzucker- oder Blutdruckmessungen in ihrer elektronischen Patientenakte ablegen können. In weiteren Umsetzungsstufen sollen weitere medizinische Inhalte, beispielsweise ein elektronischer Impfpass, in der elektronischen Patientenakte abgelegt werden können. Auf Wunsch sollen Versicherte ihre elektronische Patientenakte künftig auch unter Nutzung ihres Smartphones oder ihres Tablets einsehen und verwalten können. Damit werden Versicherte über Diagnose und Therapie viel genauer und umfassender informiert sein.

Für den sicheren Austausch der medizinischen Daten wird derzeit ein eigenes elektronisches Gesundheitsnetz geschaffen, die Telematikinfrastruktur. Diese Infrastruktur wird alle Praxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Einrichtungen in der Gesundheitsversorgung und Pflege miteinander verbinden. Nachdem bereits die Arzt- und Zahnarztpraxen flächendeckend an die Telematikinfrastruktur angeschlossen worden sind, sollen in diesem Jahr die Apotheken und Krankenhäuser sowie – in den kommenden Jahren – auch weitere Leistungserbringergruppen und Einrichtungen folgen. Datenschutz und Datensicherheit haben höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Jede und jeder Versicherte entscheidet selbst, ob und in welchem Umfang sie beziehungsweise er von den medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (z. B. Notfalldaten, elektronischer Medikationsplan, elektronische Patientenakte) Gebrauch machen möchte.

1.9 Begriffe und Institutionen

Gesundheitsfonds

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

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Mit dem Gesundheitsfonds wurde 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 und älteren Versicherten bekommen mehr Geld aus dem Fonds als die mit überwiegend jungen, gesunden Versicherten. Hierdurch wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt und es wird sichergestellt, dass die finanzielle Ausgangssituation der Krankenkassen nicht mehr von ihrer Versichertenstruktur im Hinblick auf Morbidität und Einkommen abhängig ist.

Konkret erhalten die Krankenkassen vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten mit alters-, geschlechts- und risiko-adjustierten Zu- und Abschlägen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben ihrer 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.

Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (z. B. Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen).

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 aus dem Gesundheitsfonds. Ein vollständiger Einkommensausgleich für die zum 1. Januar 2015 eingeführten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge stellt zudem sicher, dass unterschiedliche Einkommensstrukturen der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen und Anreize zur Risikoselektion ausgeschlossen werden.

Durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz wird der Morbi-RSA systematisch weiterentwickelt und zielgenauer ausgestaltet. So werden im Morbi-RSA zukünftig das gesamte Krankenhausspektrum und regional unterschiedliche Aufgabenstrukturen berücksichtigt und seine Manipulationsresistenz gestärkt.

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.

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

2 Medizinische Versorgung



Ob chirurgische Eingriffe, Physiotherapie, psychotherapeutische Behandlung oder Arzneimittel – die Krankenkassen übernehmen alle medizinisch notwendigen Leistungen. Dabei müssen die Krankenkassen sowohl den geschlechtsspezifischen Besonderheiten als auch den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen und von chronisch kranken Menschen Rechnung tragen. Durch den medizinischen Fortschritt entstehen zudem neue Therapiemöglichkeiten – 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: Gesundheitsförderung und Prävention

Warum sind Gesundheitsförderung und 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. In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung. Gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen richten sich an das Verhalten des Einzelnen ebenso wie an die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes. Sie tragen dazu bei, dass gerade chronische nichtübertragbare Erkrankungen gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf vermindert werden, die Menschen gesund aufwachsen und gesund älter werden und ihre Lebensqualität steigt. Dazu zählen gesundheitsförderliche Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen ebenso wie regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Erholung, der Verzicht auf das Rauchen und auf einen schädlichen Alkoholkonsum.

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, Kindergärten, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen sind deshalb darauf ausgerichtet, die unterschiedlichsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer dauerhaft für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren.

Was können Sie selbst tun?

Durch gesundheitsbewusstes Verhalten, die Selbstwahrnehmung und regelmäßige ärztliche Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen können gesundheitliche Risiken und Belastungen vermieden sowie erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkannt werden, noch bevor sich körperliche oder seelische Beschwerden bemerkbar machen. Neben eigenem gesundheitsbewusstem Verhalten sind solche Untersuchungen ein wesentlicher Baustein der Gesundheitsförderung und Prävention.

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

Wie unterstützen Krankenkassen die Gesundheitsförderung und Prävention?

Ob Ernährungstipps von Profis, Nordic Walking für Seniorinnen und Senioren, ein Training zur Stressbewältigung oder gesundheitsfördernde Angebote in Schulen und Betrieben oder digitale Präventionskurse – 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 und Gesundheitsförderung 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- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene sollten genutzt werden (☉ siehe Übersicht Seite 140 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 umfasst die Gesundheitsuntersuchung beziehungsweise der sogenannte Check-up bei der Ärztin oder beim Arzt auch eine an individuellen Risikofaktoren orientierte Präventionsberatung. 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.

Die Digitalisierung hat auch diesen Bereich durchdrungen. Neben klassischen Präsenzkursen bieten die Krankenkassen ein breites Angebot digitaler Präventionskurse zum Beispiel als Gesundheits-Apps an. Nicht zuletzt durch die Zentrale Prüfstelle Prävention wird gewährleistet, dass digitale Präventionsangebote den hohen Qualitätsanforderungen an präventive Angebote der GKV entsprechen. Digitale Präventionsangebote ermöglichen es den Versicherten, losgelöst von den Rahmenbedingungen eines Kurses präventive Maßnahmen flexibel in den persönlichen Alltag zu integrieren. Die Krankenkassen informieren auf ihren Internetseiten über digitale Präventionsangebote.

Darüber hinaus werden die Krankenkassen infolge des Digitale-Versorgung-Gesetzes verpflichtet, ihren Versicherten Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu machen. Versicherte können sich damit im Umgang etwa mit Gesundheits-Apps schulen lassen.

Wie wird die Prävention in der Pflege verbessert?

Im Rahmen jeder Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird geprüft, ob und gegebenenfalls welche Feststellungen darüber zu treffen sind, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Umgang mit Sucht-/Genussmitteln oder Verbesserung der psychosozialen Gesundheit) geeignet, notwendig und zumutbar sind. Durch das Präventionsgesetz wurde die Prävention zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit nochmals deutlich gestärkt. Es ist daher auch eine gutachterliche Aussage darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die oder der Pflegebedürftige lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht. Die Feststellungen zur Prävention sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren und werden dem Versicherten – wenn er der Übersendung nicht widerspricht – mit dem Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit automatisch zugesandt. Ziel ist, auch bei Pflegebedürftigkeit die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten oder auch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

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

Welche Rolle spielt die betriebliche Gesundheitsförderung?

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

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

Wie tragen Krankenkassen zu betrieblicher Gesundheitsförderung bei?

Damit Arbeit nicht krank macht und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorgebeugt wird, unterstützen Krankenkassen die Gesundheitsförderung in Betrieben. Sie arbeiten dabei mit den betrieblichen Akteuren sowie mit den Unfallversicherungsträgern und den Arbeitsschutzbehörden eng zusammen. Grundsätzlich beraten und begleiten die Expertinnen und Experten der 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, haben die Krankenkassen gemeinsame regionale Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung in den Bundesländern eingerichtet. Über die Eingabe der Postleitzahl unter www.bgf-koordinierungsstelle.de gelangt das anfragende Unternehmen direkt auf die landesbezogene Koordinierungsstelle und kann sich von einer Krankenkasse telefonisch oder persönlich vor Ort zur betrieblichen Gesundheitsförderung beraten lassen.



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

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 die Erfassung gesundheitlicher Risiken sind wesentliche Bestandteile der Prävention. Das Ziel: das Auftreten von Erkrankungen und Risikofaktoren (z. B. Bewegungsmangel) sowie von Behinderungen möglichst früh zu erkennen, denn im Anfangsstadium können Behandlungs- und

Präventionsmöglichkeiten sowie die Aussicht auf Heilung besser sein. Durch Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen u. a. für Schwangere, Neugeborene, Kinder und Jugendliche sollen bestimmte Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Fehentwicklungen möglichst frühzeitig erkannt und ihnen durch früh einsetzende Behandlung entgegengewirkt werden.

Kinder und Jugendliche

Bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder (sogenannte U-Untersuchungen) und Jugendliche (J-Untersuchung) untersucht die Ärztin oder der Arzt den allgemeinen Gesundheitszustand und ob bestimmte schwerwiegende Erkrankungen vorliegen und inwieweit sich das Kind seinem Alter entsprechend entwickelt. Die Anzahl und Inhalte der Untersuchungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Kinder-Richtlinie und in der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie festgelegt. Es ist gesetzlich verankert, dass Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres Anspruch auf die entsprechenden, vom G-BA festgelegten Untersuchungen haben (dies sind aktuell die U1 bis U9 bis zum 6. Lebensjahr sowie die J1).

Zudem findet bei diesen Untersuchungen auch eine ärztliche Beratung statt. Hierzu erfasst die Ärztin oder der Arzt auch individuelle Belastungen und gesundheitliche Risikofaktoren des Kindes und informiert die Eltern hierauf abgestimmt darüber, wie sie die Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes fördern und Risiken vermeiden können. Zudem kann die Ärztin oder der Arzt bei Bedarf eine Präventionsempfehlung ausstellen und auf regionale Eltern-Kind-Angebote hinweisen. Teil der Untersuchung sind auch die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung zur Verbesserung des Impfschutzes des Kindes. Bei Erstaufnahme eines Kindes in die Kita muss eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden.

Erwachsene

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene, um bestimmte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sowie einige Krebsarten rechtzeitig zu erkennen und möglichst

erfolgreich behandeln zu können. Neben der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung, besser bekannt als „Check-up“, gehören verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (zum Beispiel auf Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs) zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG), das am 9. April 2013 in Kraft getreten ist, wird die bestehende Krebsfrüherkennung weiter verbessert. Um die Menschen besser zu erreichen, werden sie persönlich beziehungsweise schriftlich zur Früherkennung von Darmkrebs und von Gebärmutterhalskrebs eingeladen. Bisher gab es ein vergleichbares Einladungsverfahren nur für das Mammografie-Screening zur Brustkrebs-Früherkennung. Die Teilnahme an der Früherkennung ist selbstverständlich freiwillig. Der verantwortliche G-BA hat im Jahr 2018 die fachlichen Inhalte zur Überführung der bisherigen Darmkrebs- und Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung in sogenannte organisierte Screening-Programme, das heißt mit einem Einladungs- und Informationssystem und umfassender Qualitätskontrolle, beschlossen. Seit Juli 2019 versenden nun die Krankenkassen Einladungsschreiben einschließlich Informationen



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

beziehungsweise Entscheidungshilfen zur Darmkrebs-Früherkennung an ihre anspruchsberechtigten Versicherten. Seit Januar 2020 erhalten anspruchsberechtigte weibliche Versicherte von den Krankenkassen nun auch Einladungen und Informationsmaterial (Entscheidungshilfen) zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung.

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes von 2015 wird die ärztliche Gesundheitsuntersuchung beziehungsweise der „Check-up“ vom verantwortlichen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) schrittweise weiterentwickelt. Bei der Untersuchung werden zum Beispiel gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren, wie Bewegungsmangel und Übergewicht, nun verstärkt erfasst sowie der Impfstatus überprüft. Anhand der Untersuchungsergebnisse können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Primärprävention, zum Beispiel Kurse zum Abbau von Bewegungsmangel, zur Ernährung oder Stressregulation, empfehlen und hierzu seit 2017 eine ärztliche Bescheinigung ausstellen. Die Bescheinigung dient den Krankenkassen als eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Präventionsmaßnahmen. Seit April 2019 haben gesetzlich versicherte Frauen und Männer erstmals zwischen 18 und 34 Jahren einen einmaligen Anspruch auf den „Check-up“. Versicherte ab 35 Jahre haben nunmehr alle drei Jahre Anspruch auf den „Check-up“.

Einen Überblick zu den empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder als auch Erwachsene geben die Tabellen ab Seite 140.

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 oder stationär erfolgen.

Vorsorge

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

Rehabilitation

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

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

Wer ist für Rehabilitationsleistungen und Vorsorge zuständig?

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

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

Im Rahmen jeder Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit hat der Medizinische Dienst zudem Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen

Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung wird den Versicherten – wenn sie der Übersendung nicht widersprechen – mit dem Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit automatisch zugesandt. Die Pflegekasse muss in ihrer Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu der Rehabilitationsempfehlung Stellung nehmen und die Antragstellerin beziehungsweise den Antragsteller zusätzlich darüber informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ausgelöst wird, sofern die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

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

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

1. Stationäre Rehabilitation

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

2. Ambulante und mobile Rehabilitation

Bei der ambulanten Reha wird täglich ein örtliches Rehazentrum oder eine Rehaklinik mit Kassenzulassung aufgesucht. Patientinnen und Patienten erhalten dort von Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten gezielte komplexe Maßnahmen, zu denen ärztliche, physiotherapeutische, psychotherapeutische und weitere Leistungen gehören. Die Patientinnen und Patienten

kommen nur zur Behandlung in die Einrichtungen. Ist ihnen auch das nicht möglich, „kommt die Rehabilitation auch ins Haus“ – das heißt, bestimmte Leistungen der Rehabilitation und Vorsorge werden auch in der gewohnten Umgebung der Patientinnen und Patienten durch mobile Reha-Teams angeboten.

Welches Ziel hat die geriatrische Rehabilitation?

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Darauf ist die geriatrische (altersmedizinische) Rehabilitation ausgerichtet. Sie kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Auch mobile Reha-Teams kommen zum Einsatz. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann zum Beispiel in der stationären Pflegeeinrichtung Rehabilitationsleistungen erhalten.

Welchen Anspruch haben Eltern?

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

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

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

Kann man seine Rehabilitationseinrichtung selbst auswählen?

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

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

Welche Zuzahlungen müssen Versicherte leisten?

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

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

Durchgerechnet



Beispiel

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

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

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Sobald Versicherte ihre Belastungsgrenze erreicht haben – zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen oder ein Prozent, wenn Versicherte schwerwiegend chronisch krank sind (sogenannte Chronikerregelung, ☺ siehe Seite 72), werden sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.



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

2.2 Ärztliche Behandlung

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

Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten auf einem hohen Niveau sicherzustellen, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene gesetzliche Regelungen getroffen, die dazu dienen, die ärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen zu verbessern und zu fördern. Zudem wurde für eine auch in Zukunft gute Versorgung in Krankenhäusern gesorgt. Gestärkt wurden darüber hinaus die Rechte der Patientinnen und Patienten und es wurden zahlreiche Maßnahmen zur Integration der Digitalisierung im Behandlungsablauf vorgenommen.

2.2.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum

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

Im Gegensatz zu Städten und Ballungsgebieten stellt die ärztliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen vielerorts eine große Herausforderung dar. In manchen unterversorgten Gebieten gab es schon in der Vergangenheit durch Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Anreize für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten, zum Beispiel in Form von Stipendien, die dazu verpflichten, später als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt in einem bestimmten Gebiet tätig zu werden. Hinzu kamen Hilfen bei der Niederlassung und Übernahme einer Praxis sowie Vergütungsanreize bei besonders förderungswürdigen Leistungen, beispielsweise Hausbesuchen in Räumen mit großer Entfernung. Mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die Strukturfonds der KVen verbindlicher ausgestaltet, die Fondsmittel das Volumen erhöht und im Verwendungszweck flexibilisiert. Dies bedeutet, dass die Strukturfonds aller für alle KVen verpflichtend sind. Darüber hinaus haben die KVen sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden. Zudem wurden die möglichen Verwendungszwecke erweitert, u.a. um Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung sowie die Förderung von Sonderbedarfszulassungen. Damit Ärztinnen und Ärzte dort tätig sind, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden, sah das Gesetz schon in der Vergangenheit vor, dass eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur nachbesetzt werden kann, 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. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten können zudem nunmehr gegebenenfalls bestehende Zulassungssperren für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten entfallen, soweit dies von den Ländern so bestimmt wird.

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

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurde bereits 2015 die Weiterbildung stärker gefördert und die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin von 5.000 auf 7.500 erhöht. Die Weiterbildung der grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzte wurde 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 wurden Ärztinnen und Ärzte entlastet, indem sie bestimmte ärztliche Leistungen an qualifiziertes nichtärztliches Personal delegieren können, etwa an Praxisassistentinnen und -assistenten. Krankenhäusern wurde es erleichtert, ambulante ärztliche Versorgung zu leisten, wenn der Bedarf von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht abgedeckt werden kann. Zudem wurde auch Kommunen die Möglichkeit eingeräumt, medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu verbessern.

Mit dem TSVG wurde die Weiterbildung der grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzte noch einmal verbessert. So wurde die Anzahl der bundesweit zu fördernden Stellen von 1.000 auf bis zu 2.000 Stellen erhöht. Zudem wurde ausdrücklich eine Förderung der Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten vorgegeben. Zusätzlich wurde im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens explizit geregelt, dass eine Förderung von mindestens 250 Kinder- und Jugendärzten vorzusehen ist.

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. Nunmehr sind daher zum Beispiel psychotherapeutische Sprechstunden als niedrigschwelliger Zugang und Akutbehandlungen als wichtige Leistungen in der Versorgung verankert. Die Terminservicestellen

der Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Termine für ein Erstgespräch in einer solchen psychotherapeutischen Sprechstunde und für die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungen zu vermitteln. Daneben wurden die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen erweitert. Das betrifft zum Beispiel das Verordnen von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, die Verordnung von Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie Soziotherapie. Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten infolge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes Videosprechstunden anbieten.

Wie wird die Versorgung durch Hebammen 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 eingeschränkt. So können die Versicherungsprämien langfristig stabilisiert werden. Das belebt den Versicherungsmarkt und sichert eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe. Freiberufliche Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, haben Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag, der sie von der finanziellen Belastung durch die Versicherungsprämien entlastet.

Zur Unterstützung von Familien, die eine freiberufliche Hebamme suchen, stellt der GKV-Spitzenverband aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung im TSVG ein elektronisches Suchverzeichnis auf seiner Internetseite zur Verfügung. Mithilfe des Zugriffs auf eine umfassende Datenbank wird die Suche nach Hebammen, die im Umkreis der Versicherten tätig sind, ermöglicht.

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.

Welche Maßnahmen wurden vorgenommen, um den digitalen Fortschritt in die ärztliche Behandlung zu integrieren und so die Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern?

Telemedizinische Anwendungen, wie die Videosprechstunde und das Telekonsil (der fachliche Austausch unter Ärztinnen und Ärzten via Video), wurden bereits 2017 infolge des e-Health-Gesetzes in die Versorgung eingeführt und durch zwei weitere Gesetzgebungsverfahren (Pflegerpersonal-Stärkungsgesetz und Digitale-Versorgung-Gesetz) weiterentwickelt. So wurden beispielsweise infolge der berufsrechtlichen Lockerungen telemedizinische Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung auch heilmittelwerberechtlich für solche Fälle als zulässig erklärt, in denen es zu keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis kommt, sondern der Austausch ausschließlich via Video stattfindet. Aber auch für Patientinnen und Patienten, die sich bereits in der Behandlung bei der ihnen bekannten Ärztin beziehungsweise dem ihnen bekannten Arzt befinden, kann Telemedizin einen Beitrag zur Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum bieten, denn durch sie können für die Patientin oder den Patienten, aber auch für die Ärztin oder den Arzt räumliche Grenzen überwunden werden.

Digitalisierung muss von Anfang bis Ende gedacht werden. So wurden neben Maßnahmen zur Stärkung der Telemedizin, auch der gesetzliche Anspruch auf eine elektronische Patientenakte geschaffen und Maßnahmen zur Ermöglichung der Verwendung elektronischer Verordnungen und Verschreibungen, dem sogenannten E-Rezept, eingeleitet.

2.2.2 Stärkung der Patientenrechte

Wie wird der Zugang zur Facharztbehandlung gewährleistet?

Damit Versicherte nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten müssen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen (TSS) zu betreiben. Diese sind seit dem 1. Januar 2020 unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche telefonisch erreichbar. Zusätzlich bieten die KVen auch digitale Angebote (z. B. unter www.116117.de) an. Die TSS sollen bei Vorliegen

einer Überweisung (keiner Überweisung bedarf es für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Hausarzt, Kinderarzt, Augenarzt oder Frauenarzt) innerhalb einer Woche einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin oder bei einem niedergelassenen Facharzt in zumutbarer Entfernung oder, wenn das nicht möglich ist, eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus vermitteln. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten. Dies gilt jedoch nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie weiteren vergleichbaren Fällen. In diesen Fällen gilt auch die Frist von vier Wochen nicht. Vielmehr hat die TSS in diesen Fällen einen Behandlungstermin in einer dem konkreten Behandlungsbedarf angemessenen Frist zu vermitteln. In Akutfällen haben die TSS eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene (das kann insbesondere eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis oder auch die Notfallambulanz eines Krankenhauses sein) zu vermitteln. Schließlich sollen die TSS gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten auch bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin beziehungsweise einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann.

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). Bislang wurden vom G-BA drei Eingriffe beschlossen, bei denen Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren Anwendung findet: Mandeloperationen, Gebärmutterentfernung und Arthroskopien an der Schulter. Der G-BA hat außerdem festgelegt, 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 Entscheidungen für oder gegen den Eingriff fundiert treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Internetseite mit einem Arztsuchportal auch über Ärztinnen und Ärzte, die eine unabhängige Zweitmeinung erbringen.

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 (Disease-Management-Programme – DMP) entwickelt (☉ siehe 2.3.3 ab Seite 90). Der G-BA hat im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes den Auftrag erhalten, weitere chronische Erkrankungen festzulegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen.

Die Zunahme von Mehrfacherkrankungen und chronischen Erkrankungen in unserer älter werdenden Gesellschaft bedeutet auch eine Herausforderung für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Deshalb wurde zur Förderung innovativer, insbesondere sektorenübergreifender Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung ein Innovationsfonds mit einem Fördervolumen von jeweils 300 Millionen Euro jährlich in den Jahren 2016 bis 2019 geschaffen. Aufgrund des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) wird der Innovationsfonds bis Ende des Jahres 2024 mit einem jährlichen Fördervolumen von 200 Millionen Euro fortgeführt. Damit können gezielt Projekte gefördert werden, die neue Wege in der Versorgung beschreiten.

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

Was verbessert sich für Menschen mit Behinderung sowie für Pflegebedürftige?

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können Behandlungszentren eingerichtet werden, die auf die jeweiligen Bedürfnisse ausgerichtet sind. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI haben Anspruch auf Leistungen zahnmedizinischer Prävention. Neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch, zum Beispiel in der Pflegeeinrichtung, haben sie 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 nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Infolge des DVG sollen Telekonsile, also der fachliche Austausch zwischen Ärztinnen und Ärzten in Zusammenhang mit der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten, nicht nur unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, sondern auch zwischen Vertragsarztpraxis und Krankenhaus möglich sein.

Was verbessert sich in der medizinischen Rehabilitation?

Bei medizinischen Rehabilitationen haben die Versicherten durch das Versorgungsstärkungsgesetz 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. Für eine hochwertige, patientengerechte, sichere und gut erreichbare Versorgung in den knapp 2.000 Krankenhäusern in Deutschland hat die Bundesregierung mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) und dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wichtige gesetzliche Grundlagen geschaffen.

- Das Krankenhausstrukturgesetz ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Zentrale Themen sind die Qualitätssicherung, die Krankenhausplanung und eine verlässliche Finanzierung der Betriebskosten.
- Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ist am 1. Januar 2019 in Kraft getreten. Zentrale Themen sind die Verbesserung der Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen, Maßnahmen zur Personalentwicklung sowie die Finanzierung und Bezahlung von Pflegefachpersonal.

Wie wird ausreichend Pflegepersonal sichergestellt?

Krankenhäuser erhalten mehr Geld für Pflegepersonal am Krankenbett. Mit dem PpSG wurden die Bedingungen der Tariffinanzierung für Pflegepersonal verbessert und geregelt, dass jede



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

zusätzliche Pflegestelle am Krankenbett finanziert wird; dies gilt auch für entsprechende Teilzeitstellen, die aufgestockt werden. Zum Jahr 2020 wurden Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Die Kosten für die unmittelbare pflegerische Versorgung am Bett sind in Höhe der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Aufwendungen mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Anreize, auf Kosten der Pflege zu sparen, wird dadurch begegnet.

Um die Attraktivität der Pflegeberufe zu steigern, wurden mit dem PpSG außerdem Maßnahmen für eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten in der Pflege und eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf ergriffen. Ebenfalls ist die umfassende Refinanzierung der Ausbildungsvergütung als deutlicher Anreiz zur Schaffung höherer Ausbildungskapazitäten vorgesehen.

Des Weiteren gelten ab dem Jahr 2019 Pflegepersonaluntergrenzen in festgelegten pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist. Zum 1. Januar 2020 wurden vier weitere Bereiche benannt, sodass die Pflegepersonaluntergrenzen nunmehr in acht pflegesensitiven Bereichen gelten. In einem weiteren Schritt sollen die Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt und sukzessive auf weitere Krankenhausbereiche ausgeweitet werden. Mit der „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) sind weitere umfassende Maßnahmen für eine größere Wertschätzung, Unterstützung und Entlastung von Pflegekräften vereinbart worden. Die KAP hat am 4. Juni 2019 diese Maßnahmen vorgestellt. Nun liegt es an den jeweiligen Akteuren, die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen, damit eine spürbare Verbesserung auch im Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte ankommt.

Wie wird die stationäre 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 Notfallleistungen lediglich zeitlich eingeschränkt und mit der Ausstattung einer Grundversorgung vorhalten. Um den unterschiedlichen Aufwand sachgerecht zu finanzieren, hat der G-BA am 19. April 2018 einen Beschluss gefasst, in dem differenzierte Anforderungen an drei Notfallstufen und weitere Module für die Beteiligung von Krankenhäusern an der Notfallversorgung festgelegt wurden. Auf dieser Grundlage haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nunmehr Vereinbarungen über die Höhe der Notfallzuschläge für die unterschiedlichen Stufen und für die Höhe des Abschlags bei Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Krankenhäuser, die in einem hohen Umfang Notfallstrukturen vorhalten, werden dadurch im Vergleich zu jenen Häusern bessergestellt, die nicht oder nur in geringem Umfang Notfallversorgung leisten. Im PpSG hat der Gesetzgeber eine Regelung eingeführt, die die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Zahlung der Zuschläge ermöglicht.

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 Bildung von Zentren oder Krankenhausverbänden sowie die Umwandlung ungenutzter Kapazitäten in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize, vorzunehmen. Zu diesem Zweck ist ein Strukturfonds aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet worden. Die Länder können zur Finanzierung von Maßnahmen Mittel aus dem Strukturfonds abrufen, müssen sich jedoch hälftig an der Finanzierung der Einzelmaßnahmen beteiligen. Der bestehende Strukturfonds wurde aufgestockt, sodass in den Jahren 2019 bis 2022 insgesamt ein Betrag von bis zu einer Milliarde Euro jährlich zur Verfügung steht. Im Rahmen des Strukturfonds können zudem Maßnahmen zur Bildung integrierter Notfallzentren (INZ) und dadurch zur Verbesserung der Notfallversorgung gefördert werden.

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, wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz verschiedene Schutzmaßnahmen eingeführt. Diese greifen zum Beispiel dann, wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert. Krankenhäuser müssen in ihren Qualitätsberichten angeben, wenn sie etwaige Bonusregelungen in Verträgen mit Operateuren vereinbart haben, die zu vermeidbaren Behandlungen verleiten könnten. Im Zusammenspiel mit dem Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen, bei denen Unsicherheit darüber besteht, ob sie medizinisch zwingend geboten sind (☉ siehe 2.2.2), können unnötige Operationen zukünftig besser vermieden werden.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde zudem die Mengensteuerung in der stationären Versorgung zielgenauer ausgestaltet. Krankenhäuser, die zusätzliche Leistungsmengen vereinbaren, müssen einen Abschlag von 35 Prozent für drei Jahre auf die zusätzlichen Leistungen hinnehmen. Hierdurch werden nicht nur

Wirtschaftlichkeitspotenziale abgeschöpft, die bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen, es werden auch Anreize zur Erbringung zusätzlicher Leistungen gemindert.

Mit dem zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurden darüber hinaus Regelungen getroffen, damit in Krankenhäusern künftig noch stärker Operationen und Eingriffe, die ambulant erbracht werden können, auch ambulant statt stationär erbracht werden.

Wie wird die Versorgung nach Krankenhausaufenthalten und -operationen verbessert?

Patientinnen und Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche 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 wurde Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Zudem wurde die gesetzliche Regelung zu den sogenannten Mindestmengen klarer gestaltet. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat danach die Aufgabe, zur Sicherung der Qualität für bestimmte Leistungen eine Mindestanzahl an Behandlungen in Krankenhäusern festzulegen. Dies ist zum Beispiel bei der Versorgung von Frühgeborenen oder beim Kniegelenkersatz bereits erfolgt. Die Mindestmengen sollen die nötige Erfahrung für die Behandlung bei besonders komplexen oder anspruchsvollen Leistungen sichern. Damit die Mindestmengenfestlegung nicht umgangen werden kann, müssen Krankenhäuser 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.

Auf der andern Seite ermöglicht das Krankenhausstrukturgesetz aber auch finanzielle Anreize zum Beispiel durch Vergütungszuschläge oder den Abschluss von speziellen Qualitätsverträgen für Krankenhäuser, die besonders gute Leistungen erbringen.

Darüber hinaus hat der G-BA ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung seiner Qualitätsanforderungen festzulegen, um die Durchsetzung dieser Anforderungen zu stärken. Der Medizinische Dienst kann unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet. Erweitert wurde zudem das Hygieneförderprogramm. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden. Durch den Ausbau der Weiterbildung im Bereich Infektiologie sollen hier künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.

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

Patientinnen und Patienten haben zunächst die Möglichkeit, sich über spezielle Online-Suchangebote von Krankenkassen, Patienten- und Verbraucherschutzverbänden, wie etwa die Weisse Liste, über Krankenhäuser zu informieren. Diese Portale ermöglichen es, regional gezielt nach einem Krankenhaus zu suchen und die Qualität einzelner Kliniken miteinander zu vergleichen. Grundlage solcher Krankenhaus-Suchportale sind die jährlichen strukturierten Qualitätsberichte, zu denen die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet sind. Zudem sollen künftig besonders patientenrelevante Informationen des Qualitätsberichts extra zusammengefasst und aufbereitet werden. Versicherte sollen dadurch insbesondere Angaben zur Patientensicherheit in übersichtlicher Form und verständlicher Sprache einfacher finden. Die Qualitätsberichte müssen von den Krankenhäusern – neben der obligatorischen Veröffentlichung auf den Portalen der Kassenverbände – auch auf ihren eigenen Internetseiten leicht zugänglich gemacht werden.

2.3 Besondere Versorgungsformen

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

2.3.1 Hausarztzentrierte Versorgung: die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt als Lotse

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

Wenn gesetzlich Versicherte ärztliche Hilfe benötigen, können sie grundsätzlich jede Ärztin und jeden Arzt ihres Vertrauens aufsuchen, die oder der zur Behandlung gesetzlich Versicherter berechtigt ist. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie sollten für Versicherte die erste Anlaufstation sein, um die gesamte Behandlung zu koordinieren.

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

Was bedeutet hausarztzentrierte Versorgung?

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung als Wahltarif anbieten. Hierzu schließen die Kassen mit Hausärztinnen und Hausärzten beziehungsweise Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig.

Entscheiden sich Versicherte für die Teilnahme, verpflichten sie sich gegenüber ihrer Krankenkasse für ein Jahr, ausschließlich eine bestimmte Hausärztin oder einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen und immer zunächst dorthin zu gehen. Für die hausarztzentrierte Versorgung müssen die Krankenkassen ihren Versicherten einen speziellen Hausarzttarif anbieten. Für Versicherte, die sich immer zuerst von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt behandeln lassen, kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

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 Wohl der Patientinnen und Patienten einfügt (integriert).

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

Für die Teilnahme an einer Integrierten Versorgungsform müssen Krankenkassen ihren Versicherten eigene Wahltarife anbieten und gewähren dafür zum Teil auch einen Bonus. Zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtsituation von älteren und gebrechlichen Patientinnen und Patienten sind auch

die Pflegekassen in die Integrierte Versorgung eingebunden. Auch sie können entsprechende Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen oder solchen beitreten.

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

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

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 angeboten. Gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten vereinbaren sie einen auf sie zugeschnittenen Therapieplan, individuelle Therapieziele sowie regelmäßige Folgetermine. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen für Versicherte, die sich in ein solches strukturiertes Behandlungsprogramm freiwillig einschreiben und sich aktiv daran beteiligen möchten, einen entsprechenden Wahltarif anbieten.

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

2.3.4 Medizinische Versorgungszentren

Welche Vorteile bieten Versorgungszentren für Patientinnen und Patienten?

In medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte unter einem Dach. In den meisten Fällen handelt es sich um Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen. Häufig sind im gleichen Gebäude zudem auch noch andere Therapeutinnen und Therapeuten (wie zum Beispiel Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten) tätig. Hier ist Gesundheitskompetenz an einem Ort versammelt. Gesundheitsprofis arbeiten bei der Behandlung eng zusammen und verständigen sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie ihrer Patientinnen und Patienten. Durch diese strukturierte und koordinierte Behandlung können zum Beispiel die gleichzeitige Anwendung mehrerer 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 MVZ obliegt, nicht hingegen den Krankenhäusern, die der Sicherstellung der stationären Versorgung dienen. Insbesondere dann, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nicht gewährleistet ist, können Krankenhäuser oder auch einzelne Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt werden.



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

Auch im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (sogenannten Disease-Management-Programme – DMP) 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 (ASV) 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 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Aufklärung über eine zahngesunde Ernährung und Mundhygiene, Fissurenversiegelungen der bleibenden großen Backenzähne, Fluoridierungen der Zähne und Aufklärungen über eine zahngesunde Ernährung und Mundhygiene.

Zahngesundheit von Pflegedürftigen und Menschen mit Behinderungen

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

Zahnärztliche Behandlung

Diese umfasst die Tätigkeiten der Zahnärztin beziehungsweise des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. 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 zur Vollendung des 18. Lebensjahres übernommen.

Behandlung mit Zahnersatz

Zahnersatz beinhaltet festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Teilkronen und Brücken), herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-, Totalprothesen und Interimsprothesen) sowie kombinierten Zahnersatz (Kombination aus festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz). Die Behandlung mit Zahnersatz umfasst die Versorgung mit Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgestütztem Zahnersatz. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen befundbezogenen Festzuschuss. Dieser orientiert sich am zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung – der sogenannten Regelversorgung. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind. Durch die befundbezogenen Festzuschüsse wird sichergestellt, dass sich die Versicherten für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz (Suprakonstruktionen). Die über den Festzuschuss hinausgehenden Kosten müssen Versicherte selbst zuzahlen, auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen sie selbst auf.

2.4.2 Kosten für Zahnersatz

Welche Leistungen erstattet die Krankenkasse?

Der befundbezogene Festzuschuss umfasst 50 Prozent des für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Betrages. Sofern Versicherte mit ihrem Bonusheft nachweisen können, dass sie in jedem der fünf Jahre vor Beginn der Behandlung die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, erhöht sich der Festzuschuss auf 60 Prozent und nach zehn Jahren ununterbrochener Inanspruchnahme auf 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Zum 1. Oktober 2020 erhöhen sich diese Beiträge auf 70 Prozent und 75 Prozent. Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Informationen dazu gibt jede Krankenkasse.

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

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt das Einkommen Versicherter unter einer bestimmten Einkommensgrenze (monatliche Bruttoeinkommensgrenze für Alleinstehende 2020: 1.274 Euro, für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze um 467,25 Euro und für jeden weiteren um 318,50 Euro), erhalten sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen.

Bei Personen, die Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II oder Ausbildungsförderung nach dem BAföG oder dem SGB III beziehen, wird unterstellt, dass sie unzumutbar belastet sind. Bei ihnen erfolgt keine Einkommensprüfung. Das gilt auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, wenn die Unterbringungskosten ganz oder teilweise von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge aufgebracht werden. Für alle anderen gilt eine **gleitende Härtefallregelung**: Durch diese wird ermöglicht, dass Versicherte,

deren Einkommen die für die vollständige Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze übersteigt, ebenfalls Anspruch auf einen weiteren Betrag haben. Dieser über den Festzuschuss hinausgehende weitere Betrag kann bis zur Grenze des doppelten Festzuschusses reichen. Die Höhe des weiteren Betrages hängt von der Höhe des Einkommens im Einzelfall ab. Es gilt die Regel, dass jeder Versicherte höchstens bis zum Dreifachen des Betrages selbst leisten muss, um den sein Einkommen vom geringen Einkommen (für Alleinstehende 2020: 1.274 Euro) abweicht. Der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag darf auch hier insgesamt nicht über die tatsächlich entstandenen Kosten hinausgehen. Krankenkassen bieten ihren Versicherten Zusatzversicherungen für Zahnersatz an – dabei unterscheidet sich das Leistungsspektrum erheblich.

Durchgerechnet



Beispiel

Ein alleinstehender Versicherter hat ein Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.302 Euro. Damit liegt er 28 Euro über 1.274 Euro, der für ihn maßgebenden Einnahmegrenze. 28 Euro multipliziert mit 3 ergeben 84 Euro. Die Eigenbeteiligung beträgt mithin höchstens 84 Euro.

2.5 Angebote für besondere Personengruppen

2.5.1 Angebote für werdende Mütter

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

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

- Ärztliche Betreuung einschließlich der Schwangerenvorsorge,
- Leistungen im Zusammenhang mit der Entbindung (stationäre Entbindung im Krankenhaus oder in einer anderen Einrichtung mit Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung, ambulant oder zu Hause),
- Betriebskostenzuschuss für Geburtshäuser – schwangere Frauen, die sich gegen eine Entbindung im Krankenhaus entscheiden und ihr Kind in einem Geburtshaus zur Welt bringen möchten, werden in ihrer Wahl unterstützt. Denn die Krankenkassen sind verpflichtet, bei ambulanten Geburten im Geburtshaus einen Betriebskostenzuschuss zu leisten.
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt stehen,
- Hebammenhilfe,
- Häusliche Pflege und Haushaltshilfe, die wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich sind, soweit keine im Haushalt lebende Person diese Aufgaben erfüllen kann,
- Mutterschaftsgeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wie berechnet sich das Mutterschaftsgeld?

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

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

2.5.2 Angebote für seelisch kranke Menschen

Wie ist der Zugang zur Psychotherapie?

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

Mit der Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden seit dem 1. April 2017 wird ein niedrigschwelliger Zugang zur ambulanten Psychotherapie geschaffen. An die Sprechstunde können sich eine Akutbehandlung und sogenannte probatorische Sitzungen anschließen. Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren dienen. Darüber hinausgehende Psychotherapiesitzungen in dem geeigneten Psychotherapieverfahren werden bei der Krankenkasse beantragt. Die Anträge dazu stellen in der Regel die Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten. Ist ein Patient bereits bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in Behandlung, kann eine Konsultation auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen.

Was versteht man unter Soziotherapie?

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

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

2.5.3 Angebote für Sterbenskranke

Schwerstkranke Menschen und Sterbende haben Anspruch auf eine 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 im Krankenhaus.

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

Was verbessert sich in der hospizlichen Versorgung?

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

Verbesserung der ambulanten Versorgung

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

Was verbessert sich in stationären Pflegeeinrichtungen?

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

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

Was verbessert sich in Krankenhäusern?

Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern können für Palliativstationen oder -einheiten anstelle von bundesweit kalkulierten, pauschalen Entgelten krankenhausespezifische Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Auch darüber hinaus wird die Palliativversorgung gestärkt: Krankenhäuser können seit dem Jahr 2017 krankenhausespezifische Zusatzentgelte für multiprofessionelle Palliativdienste vereinbaren. Die Krankenhäuser können dafür hausinterne 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 erfüllt, beteiligt sich die gesetzliche Krankenkasse mit

50 Prozent an den Kosten für die ersten drei Versuche der künstlichen Befruchtung. Dies gilt auch für die etwaige Arzneimittelversorgung. Generelle Voraussetzung: Die Paare müssen verheiratet sein. Unverheiratete Paare können unter bestimmten Voraussetzungen eine Förderung durch das Bundesfamilienministerium bekommen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung um die Möglichkeit der sogenannten Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe erweitert. Voraussetzung ist, dass die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie (z.B. Krebsbehandlung) medizinisch notwendig erscheint. Die Regelung ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten.

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,



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

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 Arzneimittel und für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen unter anderem Verband-, Heil- und Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege verordnen. Die verantwortlichen Krankenhausärztinnen und -ärzte müssen die zuständigen Vertragsärztinnen und -ärzte darüber informieren.

Bei Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, bestehen erweiterte Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie die Leistung der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Krankenversicherung. Infolge des Digitale-Versorgung-Gesetzes können sich Pflegefachkräfte aus der häuslichen Versorgung mit der zuständigen niedergelassenen Ärztin beziehungsweise mit dem zuständigen niedergelassenen Arzt per Video bei Bedarf zur Behandlung einer gemeinsamen Patientin oder eines gemeinsamen Patienten austauschen (patientenorientierte Fallbesprechung).

2.6.2 Haushaltshilfe

Wenn eine Haushaltshilfe gebraucht wird

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

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

Manche Krankenkassen zahlen auch, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen weitergehende Leistungen der Haushaltshilfe vorsehen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Zehn Prozent der täglichen Kosten für die Haushaltshilfe zahlen sie selbst, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Bei Haushaltshilfen im Rahmen von Schwangerschaften und Entbindungen entfallen die Zuzahlungen.

2.7 Fahrkosten

Werden Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet?

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Neben Kosten für Fahrten zur stationären Behandlung können unter bestimmten Voraussetzungen auch Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernommen werden. Das betrifft zum Beispiel die Fahrten zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt. Schwerbehinderten werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 vorliegt. Bei Personen mit Pflegegrad 3 muss zusätzlich die dauerhafte

Mobilitätsbeeinträchtigung durch sowohl somatische als auch kognitive Ursachen ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Versicherte, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten sowie seit dem 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, bedarf es keiner gesonderten Feststellung einer dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt.

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

Gut zu wissen



Wann zahlen Krankenkassen Fahrkosten?

Krankenkassen übernehmen die Fahrkosten bei

- Leistungen, die stationär erbracht werden,
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus, auch ohne stationäre Behandlung,
- Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenwagen,
- Fahrten zu einer ambulanten Krankenhausbehandlung 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, die keinen Schwerbehindertenausweis haben oder keinen Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung mindestens mit dem Pflegegrad 3 vorlegen können, müssen sich auf jeden Fall Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse vorher genehmigen lassen. Für diese Fahrten gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen: zehn Prozent des Fahrpreises, 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 (4.687,50 Euro im Monat; Stand 2020), 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.



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

Einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld haben Eltern schwerstkranker Kinder, die eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten haben. Dies gilt jedoch nur, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Dauer der Zahlungen von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes pro Kalenderjahr

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

2.9 Begriffe und Institutionen

GKV-Spitzenverband

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist der gesetzlich vorgesehene Verband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene. Eine seiner Aufgaben besteht insbesondere in der näheren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, 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 unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie werden von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Länder auf Bundesebene gebildet. Die KBV und die KZBV haben gemeinsam mit den KVen und KZVen eine flächendeckende ambulante (zahn-)ärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu organisieren (sogenannte vertrags(zahn)ärztliche Versorgung). Sie schließen mit dem GKV-Spitzenverband allgemeine Vereinbarungen über Organisation und Vergütung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ab.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist ein privatrechtlicher Zusammenschluss aller Landeskrankenhausgesellschaften sowie Trägerverbände und vertritt die Krankenhäuser auf Bundesebene. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und auf dem Gebiet des Krankenhauswesens. Die DKG pflegt und fördert den Erfahrungsaustausch und 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.

Digitale Gesundheitsanwendung

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) erhalten die Versicherten einen Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, für die eine Verbesserung der Versorgung beziehungsweise ein Nutzen für die Versorgung nachgewiesen werden konnte. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte Apps verschreiben können. Die Kosten dafür zahlt die gesetzliche Krankenversicherung.

Mit dem Begriff der digitalen Gesundheitsanwendungen werden digitale Medizinprodukte (Risikoklassen I und IIa) bezeichnet, die vom Versicherten oder bei der Versorgung des Versicherten durch den Arzt angewendet werden können. Der Einsatz kann dabei zur Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten und Verletzungen oder zum Ausgleich von Behinderungen erfolgen. Mit dem DVG werden ein zügiges Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und ein dort verortetes Register für erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen.

3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen



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

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

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

3.1 Arzneimittel

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

Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses

Insbesondere wird bei der Zulassung der Nutzen in Abwägung zu den Risiken für Patientinnen und Patienten untersucht. Nicht umsonst dauert es Jahre, bis ein Arzneimittel nach seiner Entwicklung auch tatsächlich den Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Aber auch während und nach der Marktzulassung finden laufend 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) auf Bundesebene, aber auch die zuständigen Landesbehörden.

Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker

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

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

Gleichgewicht zwischen Innovation und Gerechtigkeit

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

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

3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln

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

Aufgrund des Arzneimittelgesetzes sind Arzneimittel zur Anwendung am Menschen 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 grundsätzlich auch apothekenpflichtig. Zu ihnen zählen so wichtige Arzneimittel wie Antibiotika, Antidiabetika oder Krebstherapeutika. Darüber hinaus müssen Betäubungsmittel wie zum Beispiel starke Schmerzmittel oder Arzneimittel auf Cannabisbasis auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnet werden.

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

Welche Arzneimittel bedürfen nicht der Apothekenpflicht?

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

Preisvergleich bei Arzneimitteln

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

Was besagt die Aut-idem-Regelung?

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



Der Umgang mit Arzneimitteln bedarf größter Sorgfalt

das namentlich verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen. Dieses muss über den gleichen Wirkstoff und Wirkstoffgehalt verfügen sowie für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen 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 markieren. 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, das eine wirkstoffgleiche Kopie – auch in Bezug auf die Darreichungsform – eines bereits zugelassenen Referenzarzneimittels ist. Das Generikum kann jedoch andere Hilfsstoffe als das Referenzar-

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

3.1.2 Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

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

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

Für schwerwiegend chronisch Kranke gelten dieselben Zuzahlungen wie für alle anderen Versicherten auch. Aber auf ihre besondere Situation wird mit einer geringeren Belastungsgrenze Rücksicht genommen (☉ siehe Kapitel 3.6 auf Seite 130). Für verordnete Verbandmittel gelten die gleichen Zuzahlungsregeln wie für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dabei orientiert sich die Höhe der Zuzahlung an den Gesamtkosten der Verbandmittel je Position im Rezept.

3.1.3 Preisgestaltung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

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

In welchen Fällen erstatten die GKV nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich nicht von den GKV erstattet. Ausgenommen sind jedoch Kinder unter zwölf Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr, denen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ärztlich verordnet werden.

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

Ärztinnen und Ärzte können auch dann ein rezeptfreies Arzneimittel verordnen, wenn es in der Fachinformation eines anderen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung von schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen eingesetzt wird.

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

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

3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität

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

3.2 Hilfsmittel

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

Welche Hilfsmittel zahlt die Krankenkasse?

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen – zum Beispiel um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten. Diese umfasst unter anderem Sehhilfen, Hörhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen), orthopädische und andere Hilfsmittel wie Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfe bis hin zu Rollstühlen. Hilfsmittel können aber auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen (z. B. bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen). Der GKV-Spitzenverband erstellt ein Hilfsmittelverzeichnis, in dem die Produkte aufgeführt sind, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Das Hilfsmittelverzeichnis besitzt keinen abschließenden Charakter, sondern gilt vielmehr als Entscheidungshilfe beziehungsweise dient der Information der Versicherten, Leistungserbringer, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Krankenkassen. Eventuell können also auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, durch die GKV erstattungsfähig sein.

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

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

Beispiele

Messgeräte

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

Sehhilfen/Brillen

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

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

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

Wie hoch ist die Zuzahlung bei Hilfsmitteln?

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Bettschutzeinlagen, Stomaartikel, 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. Bei berechtigtem Interesse können die Versicherten ausnahmsweise auch andere Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende Mehrkosten müssen die Versicherten aber selbst tragen.

3.3 Digitale Gesundheitsanwendungen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) tritt neben dem Anspruch der Versicherten auf Leistungen wie Hilfsmittel ein neuer Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen ein.

Was sind digitale Gesundheitsanwendungen?

Digitale Gesundheitsanwendungen sind digitale Medizinprodukte, die die Versicherte oder den Versicherten etwa bei der Behandlung von Erkrankungen oder dem Ausgleich von Beeinträchtigungen unterstützen können. Erscheinungsformen sind neben Gesundheits-Apps etwa browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern. Digitale Gesundheitsanwendungen können Versicherte in einer Vielzahl von Situationen unterstützen. Anwendungsfelder wie Diabetologie, Kardiologie, Logopädie, Psychotherapie oder Physiotherapie vermitteln nur einen kleinen Überblick auf die Vielzahl der Einsatzgebiete.

Wie und ab wann erhalte ich eine digitale Gesundheitsanwendung?

Digitale Gesundheitsanwendungen können zukünftig von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet oder nach Genehmigung durch die Krankenkasse abgegeben werden. Voraussetzung ist, dass die Anwendungen zuvor eine Prüfung auf Anforderungen wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und -sicherheit beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durchlaufen haben. Zugleich müssen digitale Gesundheitsanwendungen einen positiven Versorgungseffekt nachweisen. Um Leistungserbringer und Versicherte zukünftig über gute und sichere digitale Gesundheitsinformationen informieren zu können, wird beim BfArM ein Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen eingerichtet. Mit der Aufnahme erster Anwendungen wird im Laufe des Jahres 2020 gerechnet.

3.4 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, zu lindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. 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. 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 oder Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten erbracht werden. Zu den Heilmitteln gehören die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Stimm-, Sprech-

und Sprachtherapie (Logopädie), die podologische Therapie (medizinische Fußpflege) und die Ernährungstherapie für Patientinnen und Patienten mit einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose.

Welche Heilmittel werden von der Krankenkasse erstattet?

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

Wie hoch ist die Zuzahlung bei Heilmitteln?

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

Beispiel

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

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

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

+ 1 Verordnung = 10,00 €

Gesamtzuzahlung = 19,60 €

3.5 Apotheken

Beratung in der Apotheke

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

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

Versandapotheken

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

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

Online-Bestellung von Arzneimitteln

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

Alle Apotheken und sonstigen Unternehmen in der Europäischen Union müssen auf ihren Websites dieses Logo verwenden, wenn sie der Öffentlichkeit über das Internet Arzneimittel, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, zum Verkauf anbieten. Das gemeinsame europäische Versandhandelslogo zeigt den Verbraucherinnen und Verbrauchern, dass ein Versandhändler nach seinem jeweiligen nationalen Recht zum Versandhandel über das Internet mit Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, berechtigt ist. Zudem lässt sich 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 (www.dimdi.de/dynamic/de/arszneimittel/versandhandel/).



Das gemeinsame europäische Logo für Versandapotheken

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

3.6 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.

Wie hoch sind die Zuzahlungen?

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

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

Müssen Eltern auch für ihre Kinder Zuzahlungen leisten?

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

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

- Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Ausnahme der Fahrkosten,
- Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden (☺ siehe Übersicht Seite 140 ff.),
- empfohlenen Schutzimpfungen (☺ siehe Übersicht Seite 150 ff.),
- Harn- und Blutteststreifen.

Welche Belastungsgrenzen gelten bei der Zuzahlung?

Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher sollten immer alle Zuzahlungsbelege gesammelt

werden. Die Belastungsgrenze errechnet sich aus den Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen. Andere Angehörige als die Kinder oder Partnerinnen oder Partner können nach Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden, wenn sie ihren gesamten Lebensunterhalt mit der Familie bestreiten.

Es gilt:

- Keine Versicherte und kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung leisten.
- Für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, oder beispielsweise chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (☉ siehe Kapitel 2.3.3 ab Seite 90) teilnehmen, gilt eine Grenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.
- Bei Bezieherinnen und Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Die oben angegebenen Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.
- Die Belastungsgrenzen gelten auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Welche besonderen Zuzahlungsregelungen gelten für Familien?

Für Familien gelten Freibeträge, die von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen werden können. Die Höhe des Freibetrags richtet sich nach der sogenannten Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist ein Durchschnittswert der Jahreseinnahmen der Versicherten. Im Jahr 2020 liegt dieser Wert bei 38.220 Euro. Für jedes minderjährige oder familienversicherte Kind der oder des Versicherten und der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird ein Freibetrag von derzeit 7.812 Euro (Stand 2020) 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 leisten müssen.

Wie erhalten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger einen Zuzahlungsbefreiungsausweis?

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

Gut zu wissen



Nicht vergessen!

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

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

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

Was gilt bei schwerwiegend chronisch Kranken?

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

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor oder
2. es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor.
3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie

oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammengekommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, darüber informiert jede Krankenkasse. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (☉ siehe Kapitel 2.3.3 auf Seite 90) teilnehmen, gilt diese Belastungsgrenze von einem Prozent ebenfalls.

3.7 Begriffe und Institutionen

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.

Festbeträge

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

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

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

Rabattverträge

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

Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen

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

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

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

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

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

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses entwickelt das unabhängige Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Verfahren zur gesetzlichen Qualitätssicherung sowie zur Darstellung der Versorgungsqualität in der vertragsärztlichen, der vertragszahnärztlichen und der stationären Versorgung. Das IQTIG ist zudem maßgeblich an der Durchführung der datengestützten Verfahren zur Qualitätssicherung beteiligt. Auf seiner Internetseite informiert das Institut über die Ergebnisse dieser Verfahren und über aktuelle Entwicklungsprojekte im Bereich der Qualitätssicherung.

Folgende Einrichtungen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit sind für die Zulassung von Arzneimitteln zuständig oder stellen Informationen zu Arzneimitteln bereit:

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

Ein Schwerpunkt der Arbeit des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) ist die Zulassung von Arzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes. Dabei wird der Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität geprüft. Die Zuständigkeiten der beiden Bundesbehörden sind in § 77 des Arzneimittelgesetzes geregelt.

Sowohl das BfArM als auch das PEI sammeln und bewerten darüber hinaus Berichte zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die nach der Zulassung eines Arzneimittels auftreten können, und treffen – soweit erforderlich – wirkungsvolle Maßnahmen zum Schutz von Patientinnen und Patienten (zum Beispiel Änderung der Packungsbeilage, Einführen eines Warnhinweises, Rückruf einer Charge, Aufheben der Zulassung).

**Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
und Information (DIMDI)**

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

Welche Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs – „Gebärmutterhalskrebs-Screening“)	Seit 2020: Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren werden alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen schriftlich eingeladen/informiert.	Frauen	jährlich für Frauen von 20 bis 34 Jahren
	Frauen ab 35 Jahre werden alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen schriftlich eingeladen/informiert (Einladung bis 65 J.).	Frauen	im Abstand von drei Jahren für Frauen ab 35 Jahren

Anmerkungen

Für Frauen von 20 bis 34 Jahren (jährlich)

- gezielte Anamnese (z. B. Fragen nach Blutungsstörungen)
- gynäkologische Tastuntersuchung, Untersuchung der genitalen Hautregion
- Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Gebärmutterhals (zytologischer Abstrich, auch bekannt als Pap-Abstrich) für eine zytologische Untersuchung
- auffällige Befunde werden im Rahmen der Früherkennung weiter abgeklärt (je nach Befund mittels weiterer zytologischer Untersuchung, einem Test auf genitale Infektionen mit Humanen Papillomviren [HPV-Test] oder einer Kolposkopie [Spiegelung] des Gebärmutterhalses)
- Beratung über das Ergebnis

Für Frauen ab 35 Jahre

- alle drei Jahre Kombinationsuntersuchungen aus zytologischem Abstrich vom Muttermund und einem HPV-Test (Test auf genitale Infektionen mit Humanen Papillomviren); ein vom Gebärmutterhals entnommener Abstrich wird hierbei sowohl auf HPV als auch auf Zellveränderungen untersucht
- auffällige Befunde werden im Rahmen der Früherkennung weiter abgeklärt (durch eine weitere Ko-Testung [zytologischer Abstrich plus HPV-Test] und/oder eine Spiegelung des Gebärmutterhalses)
- wie bisher jährliche klinische Untersuchung mit Anamnese, gynäkologischer Tastuntersuchung, Untersuchung der genitalen Hautregion, soweit diese klinische Untersuchung nicht bereits im Rahmen des Screening-Programms erfolgt ist (das heißt, hier erfolgt die Kombinationsuntersuchung aus zytologischem Abstrich und HPV-Test jedes dritte Jahr)
- Beratung über das Ergebnis

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen können von Frauen ab 20 Jahren auch unabhängig von den Anscheiben der gesetzlichen Krankenkassen sowie über das 65. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Brustuntersuchung (zur Früherkennung von Brustkrebs)	ab 30 Jahre	Frauen	jährlich
Mammografie-Screening (zur Früherkennung von Brustkrebs)	im Alter von 50 bis 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre
Hautkrebs-Screening (zur Früherkennung von Hautkrebs: Malignes Melanom [„schwarzer Hautkrebs“], Basalzellkarzinom und spinozelluläres Karzinom [beide „weißer Hautkrebs“])	ab 35 Jahre	Frauen und Männer	alle zwei Jahre
Prostatauntersuchung, Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Prostatakrebs)	ab 45 Jahre	Männer	jährlich

Anmerkungen**Weitere Informationen**

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 und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de

Das Screening umfasst:

- schriftliche Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit
- Information (Entscheidungshilfe) mit dem Einladungsschreiben
- schriftliche Anamnese
- Röntgen beider Brüste (Mammografie)
- Doppelbefundung der Röntgenaufnahmen durch zwei unabhängige Untersucherinnen oder Untersucher
- Befundmitteilung innerhalb von sieben Werktagen (Im Falle eines verdächtigen Befundes erfolgt eine Einladung zur weiteren diagnostischen Abklärung. Dies veranlasst die jeweilige Screening-Einheit.)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

www.mammo-programm.de

Die Untersuchung 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 für Dermatologie)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

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

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Dickdarm- und Rektumuntersuchung (zur Früherkennung von Darmkrebs)	Frauen und Männer ab 50 Jahren werden alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen schriftlich eingeladen und informiert (Einladung bis 65 J.)	Frauen und Männer	jährlich
Test auf verborgenes Blut im Stuhl	Im Alter von 50 bis 54 Jahren	Frauen und Männer	jährlich
Früherkennungs-Darmspiegelung	Ab 50 Jahre	Männer	zweimal im Abstand von 10 Jahren
Früherkennungs-Darmspiegelung oder	ab 55 Jahre	Frauen	zweimal im Abstand von 10 Jahren
Test auf verborgenes Blut im Stuhl		Männer und Frauen	alle zwei Jahre

Anmerkungen

Die Untersuchung umfasst:

- Männer und Frauen ab 50 Jahre: gezielte einmalige Beratung in der Arztpraxis über die Darmkrebsfrüherkennung

- Männer und Frauen von 50 – 54 Jahren: jährlicher immunologischer Test auf verborgenes Blut im Stuhl

- Männer ab 50 Jahre: Früherkennungs-Darmspiegelung, die einmal frühestens nach zehn Jahren wiederholt werden kann. Das heißt, Männer ab 50 Jahren können zwischen dem Test auf verborgenes Blut im Stuhl und einer Früherkennungs-Darmspiegelung wählen, da Männer früher und häufiger an Darmkrebs erkranken als Frauen.

Die Untersuchung umfasst:

- Frauen ab 55 Jahre: zwei Früherkennungs-Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren
- Solange noch keine Früherkennungs-Darmspiegelung in Anspruch genommen wurde, haben Männer und Frauen ab 55 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf einen Stuhlbluttest (alternativ zur Darmspiegelung)

Nehmen Frauen und Männer das Darmspiegelungs-Angebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahr, besteht Anspruch auf eine Früherkennungs-Darmspiegelung.

Weitere Informationen

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Check-up	im Alter von 18 bis 34 Jahren	Frauen und Männer	einmalig
	ab 35 Jahre	Frauen und Männer	alle drei Jahre

Anmerkungen

Der „Check-up“ dient der Erfassung von Gesundheitsrisiken und der Früherkennung von Volkskrankheiten, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus.

Er umfasst folgende Leistungen:

1. Anamnese (z. B. Fragen nach Beschwerden), insbesondere die Erfassung des Risikoprofils (z. B. Rauchen, Übergewicht, familiäre [Krebs-]Risiken), Überprüfung des Impfstatus)
2. Körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) einschließlich Messung des Blutdrucks
3. Laboruntersuchung
 - a) aus dem Blut:
 - Lipidprofil (z. B. Cholesterin)
 - Glukose
(ab 35 Jahre; bei 18- bis 34-Jährigen erfolgt eine Laboruntersuchung nur bei entsprechendem Risikoprofil)
 - b) aus dem Urin:
 - Eiweiß
 - Glukose
 - rote und weiße Blutkörperchen
 - Nitrit
(nur ab 35 Jahre)
4. Beratung über die Untersuchungsergebnisse und – sofern medizinisch angezeigt – ggf. Ausstellen einer Präventionsempfehlung (z. B. Kurse zur Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung). Das Hautkrebs-Screening kann ggf. in Verbindung mit dem „Check-up“ durchgeführt werden.

Seit Beginn 2018 können Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader) in Anspruch nehmen – dieses Angebot gilt nicht für Frauen.

Weitere Informationen

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

Zahnvorsorgeuntersuchungen

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	6 Monate bis 6 Jahre	Mädchen und Jungen	sechsmal bis 6 Jahre
Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	6 bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	einmal je Kalenderhalbjahr
Zahnvorsorgeuntersuchungen	ab dem Alter von 18 Jahren	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr
Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen	Kinder und Erwachsene	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr

Anmerkungen

Die Untersuchung umfasst:

- Einschätzung des Kariesrisikos
- Ernährungs- und Mundhygiene-Beratung der Erziehungsberechtigten
- Inspektion der Mundhöhle
- Motivation zur Prophylaxe

Gegebenenfalls:

- Empfehlung und Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung
- Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne

Weitere Informationen

Richtlinie des G-BA über die Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Internet:

www.g-ba.de

Die Maßnahmen umfassen:

- Erstellung eines Mundhygienestatus
- Mundgesundheitsaufklärung

Gegebenenfalls:

- lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung
- Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne

Richtlinie des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

Internet:

www.g-ba.de

Die Untersuchungen umfassen:

- eingehende Untersuchung
- Untersuchung im Rahmen des Bonushefts

§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V

Internet: www.kzbv.de

Die Maßnahmen umfassen:

- Erhebung eines Mundgesundheitsstatus
- Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans
- Mundgesundheitsaufklärung
- Entfernung harter Zahnbeläge
- Information des Versicherten über die Inhalte der Maßnahmen und möglichen Behandlungsbedarf

Richtlinie des G-BA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

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
Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche	<p>Impfungen, die von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit sind</p> <p>Die einzelnen Impfungen sind empfohlenen Impfterminen zugeordnet.</p>
Auffrischimpfungen für Kinder und Jugendliche	
Standard- beziehungsweise Auffrischimpfungen für Erwachsene	<p>Impfungen, die Erwachsene erhalten beziehungsweise die regelmäßig aufgefrischt werden sollen</p>

Impfung**Weitere Informationen**

- Diphtherie
- Tetanus
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Infektion mit Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
- Pertussis (Keuchhusten)
- Hepatitis B
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)
- Varizellen (Windpocken)
- Rota-Viren, Pneumokokken-Infektion
- Meningokokken-C-Infektion
- HPV (Humanes Papillom-Virus)

www.rki.de
www.impfen-info.de

- zweimal Diphtherie
- zweimal Tetanus
- zweimal Pertussis (Keuchhusten)
- einmal Poliomyelitis (Kinderlähmung)

www.rki.de
www.impfen-info.de

- Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus (alle zehn Jahre empfohlen, die nächste fällige Impfung als Kombinationsimpfung mit Pertussis)
- Masern (nach 1970 geborene Personen unter 18 Jahren mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit)

www.rki.de
www.impfen-info.de

Ab 60 Jahre:

- Influenza
- Pneumokokken-Infektion
- Herpes zoster (Gürtelrose)

Weitere Impfungen für ungeimpfte Erwachsene in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt

Schutzimpfungen

Leistung	Beschreibung
Indikationsimpfungen	Impfungen für Risikogruppen bei individuell erhöhtem Expositions-, Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko sowie auch zum Schutz Dritter

Impfung**Weitere Informationen**

- 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 (Windpocken)

www.rki.dewww.impfen-info.de

Schwangerschaftsvorsorge/Nachsorge

Zu der Schwangerschaftsvorsorge gehört die Betreuung während der Schwangerschaft. Dabei werden Schwangere untersucht und beraten – zum Beispiel über Gesundheitsrisiken oder Ernährung. Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen arbeiten dabei zusammen. Nach der Geburt besteht im Rahmen der Hebammenhilfe auch Anspruch auf Leistungen im Wochenbett.

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

Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr

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

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

Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen

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

Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus oder bei der Kinderärztin oder beim Kinderarzt ein Untersuchungsheft für ihre Kinder, in dem genau aufgelistet wird, wann welche Untersuchung ansteht.

Untersuchung	Alter	Häufigkeit
U-Untersuchungen (Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern)	von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr entsprechend der Festlegung in der Kinder-RI des G-BA	zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren, beginnend unmittelbar nach der Geburt (U1 bis U9)
J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung)	regulär zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr (\pm ein Jahr)	eine Untersuchung

Anmerkungen

Es wird die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes geprüft, unter anderem:

- 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

Weitere Informationen

Kinder-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Anamnese unter anderem im Hinblick auf:

- auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen
- Schulleistungsprobleme
- gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum)

Klinisch-körperliche Untersuchungen, unter anderem:

- Erhebung der Körpermaße
- Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung
- Erkrankungen der Hals-, Brust- und Bauchorgane
- Erhebung des Impfstatus

Richtlinien zur
Jugendgesundheits-
untersuchung

Internet:
www.g-ba.de

Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zahlen
... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln?	Zuzahlung von zehn Prozent des Abgabepreises, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Mittel Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege?	Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten des Mittels beziehungsweise der Leistung, zuzüglich zehn Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)
... 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
... im Krankenhaus?	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
... bei der stationären Versorgung und Rehabilitation?	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, bei Anschlussrehabilitation ist diese Zuzahlung für längstens 28 Tage zu leisten

Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
	<p>Beispiele:</p> <p>Ein Medikament kostet zehn Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von fünf Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt zehn Prozent vom Preis, also 7,50 Euro.</p> <p>Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal zehn Euro begrenzt.</p>
	<p>Beispiel:</p> <p>Wenn auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung zehn Euro für diese Verordnung und zusätzlich zehn Prozent der Massagekosten.</p>
<p>Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Inkontinenzhilfen): Zuzahlung von zehn Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal zehn Euro pro Monat</p>	
<p>Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</p>	
<p>Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</p>	<p>Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussrehabilitationen mit angerechnet.</p>

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zuzahlen
... bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter?	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag
... 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 Impfkommision beim Robert Koch-Institut be- stimmt 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.
... für nicht verschreibungs- pflichtige Arzneimittel?	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der GKV grundsätzlich nicht erstattet.
... für Lifestyle-Präparate?	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht erstattet.
... für Fahrkosten?	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Aus- nahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat, von der Krankenkasse übernommen.

Ausnahmen**Weitere Anmerkungen**

Keine Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Vorsorgemaßnahmen der Medizin. Schutzimpfungen sind daher Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Impfungen selbst sind weiterhin freiwillig.

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

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
... für Sehhilfen/Brillen?	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen einen Zuschuss maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge, wobei die Kosten für das Brillengestell nicht von der Versorgung umfasst sind.
... 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 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.

Ausnahmen**Weitere Anmerkungen**

Ein Leistungsanspruch besteht für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei therapeutischen Sehhilfen sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.

Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten von der Krankenkasse übernommen.

Dabei wird keine Zuzahlung gefordert.

Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren.

4 Stichwortregister und Adressen



Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus.....	92 f.
Arzneimittel.....	53, 59, 73, 91, 106, 115 ff., 160 f.
Arzneimittel, nicht verschreibungspflichtig.....	118, 121 f., 160 f.
Arzneimittel, verschreibungspflichtig.....	117 ff., 158 f.
Auslandskrankenversicherung.....	46
Bedürftige.....	30 f.
Beiträge.....	23 ff., 47 ff.
Beitragsrückerstattungstarif.....	35
Belastungsgrenzen.....	73, 130 f.
Besondere Versorgungsformen.....	33, 36, 88 ff.
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	36, 62 ff.
Betriebsrenten.....	29
Bindungsfristen.....	36, 40, 41, 42, 50
Bonusprogramme.....	36, 40, 61
Brillen.....	124, 162
Bruttoeinnahmen.....	24, 73, 131 ff.
Chronikerregelung.....	72 f.
Chronisch Kranke.....	14, 34, 53, 59, 72 f., 80, 90 f., 93, 121, 131, 133 f.
Datenschutz.....	54, 126
Digitale Gesundheitsanwendungen.....	37, 61 f., 113, 125 f.
Disease-Management-Programme.....	34, 80, 90, 93
Elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	44, 52 ff., 54
Elektronische Patientenakte.....	3, 54, 78
Ergotherapie.....	115, 126
Ermäßigter Beitragssatz.....	24 f., 31, 38
Familienversicherung.....	14 f., 19 ff., 32, 39, 41, 131
Freiwillig Versicherte.....	11 f., 14, 17 ff., 21, 23 f., 26 ff., 38 ff., 48 ff.
Früherkennungsuntersuchungen.....	36, 60 f., 64 ff., 67, 140 ff.
Früherkennung von Krebs.....	66, 140 ff.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	13 f., 36, 56 ff., 65 ff. 76, 79 f., 84, 86 f., 90, 107, 113, 122, 124, 126 f., 134 f.
Geriatrische Rehabilitation	71
Gesundheits-Check-up	61, 66 f., 146 f.
Gesundheitsfonds	9, 31, 55 f., 85
GKV-Spitzenverband	13, 31, 77, 111 f., 123, 135
Härtefallregelungen	96 f., 162
Haushaltshilfe	37, 86, 98, 106 f., 130, 160
Häusliche Krankenpflege	37, 81, 86, 102, 104 ff., 130, 158
Hebammenhilfe	77, 98, 154
Heilmittel	73, 98, 115, 126 f., 130, 133, 158
Hilfsmittel	43, 81, 105 f., 115, 122 ff., 130, 134 f., 158 f.
Impfungen	60, 64, 130, 150 ff., 160 f.
Integrierte Versorgung	33, 89 ff.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	57, 136 f.
Kinder	15, 19 ff., 25, 32, 61, 65, 67, 71, 94, 101, 107, 109 ff., 120 f., 124, 130 f., 148 ff., 156 f., 161, 163
Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen	65, 156 f.
Kinderhospize	101 f.
Kinderpflegekrankengeld	109 f.
Kontrahierungszwang	48
Kostenerstattungstarif	33, 35
Krankengeld	24 ff., 33 f., 36, 38, 42, 81, 109 ff., 162
Krankengeldtarif für Selbstständige	33 f., 36, 38, 42
Krankengymnastik	115, 126
Krankenkassenwechsel	41 ff.
Krankentransport	77, 107 f.
Krankenversicherung, gesetzliche	9 ff.
Krankenversicherung, private	9 ff., 17, 22, 30 f., 35, 38, 41, 44, 46 ff.
Kündigungsfristen	40 ff., 49 f.
Künstliche Befruchtung	103 f., 162
Kuren	61, 73

Leistungskatalog.....	36, 48, 150
Massagen.....	127, 159
Medizinische Versorgungszentren (MVZ).....	74, 76, 91 f.
Palliativversorgung.....	100 ff.
Patientenbeauftragte.....	172
Pflichtversicherte.....	15 f., 19, 23 f., 29, 40
Physiotherapie.....	59, 125 f.
Prämienzahlung.....	33 ff., 89
Prävention.....	59 ff., 77, 81, 94, 147
Psychotherapie.....	76 ff., 99, 125
Rehabilitation.....	68 ff., 77, 82, 89, 107, 115, 130, 158 ff.
Rentnerinnen und Rentner.....	10, 14, 16, 24, 26 f., 29, 31
Richtlinien des G-BA.....	14, 56, 65, 67, 107, 113, 122, 126 f., 134, 141 ff.
Risikostrukturausgleich.....	55 f.
Schutzimpfungen (Übersicht).....	150 ff.
Schwangerschaft.....	65, 98, 104, 107, 121
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.....	154
Selbstbehalttarif.....	33 ff., 42, 47
Selbstständige.....	17, 19, 22 f., 26 f., 33 f., 36, 38
Selbstverwaltung.....	12 f., 56, 113, 134
Selbsthilfegruppen.....	169 f., 172
Sonderkündigungsrecht.....	41 f.
Soziotherapie.....	77, 81, 100, 160
Strukturierte Behandlungsprogramme.....	33 f., 80, 90, 93, 131, 134
Verminderte Belastungsgrenze.....	91
Versandapotheke.....	128 f.
Versicherungspflichtgrenze.....	9 ff., 15 ff. 19 f. 26
Versicherungsschutz im Ausland.....	38, 44 ff., 173
Versorgungsbezüge.....	23 ff.
Vorsorge.....	35 f., 60 f., 64 f., 68 ff., 83, 94, 96, 101, 107, 115, 123, 126, 130, 148 f., 154 f., 158, 160 f.
Vorversicherungszeiten.....	16 f.

Wahltarife (Überblick).....	32 ff., 40, 42
Wahltarif für Integrierte Versorgung.....	33, 89
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme.....	34
Zahnärztin/Zahnarzt.....	13, 35, 46, 54, 74, 81, 93 ff., 102, 113, 117, 134, 149
Zahnersatz.....	46, 94 ff., 162 f.
Zahnvorsorgeuntersuchungen.....	148 f.
Zusatzbeitrag.....	21, 23 f., 26, 28, 31 f., 38, 40 ff., 56
Zusatzleistungen.....	36 ff., 40
Zusatzversicherung.....	28, 36, 38, 97
Zuzahlungen.....	33, 67, 72 f., 89, 91, 95 ff., 100, 107, 109, 120 ff., 124 f., 127, 130 ff., 158 ff.

Adressen

Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 993070

E-Mail: poststelle@bfarm.de

www.bfarm.de

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Tel.: 030 4004560

Fax: 030 400456388

E-Mail: info@baek.de

www.bundesaerztekammer.de

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

Kirchfeldstraße 149

40215 Düsseldorf

Tel.: 0211 310060

Fax: 0211 3100648

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen – Geschäftsstelle München

Astallerstraße 14

80339 München

Tel.: 089 76755131

Fax: 089 7250474

E-Mail: mail@bagp.de

www.bagp.de

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Tel.: 0228 6190

Fax: 0228 6191870

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

www.bundesamtsozialesicherung.de

**Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen Zahnärztekammern e.V.**

Chausseestraße 13

10115 Berlin

Tel.: 030 400050

Fax: 030 40005200

E-Mail: info@bzaek.de

www.bzaek.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Tel.: 030 398010

Fax: 030 398013000

E-Mail: dkgmail@dkgev.de

www.dkgev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Tel.: 030 8934014

Fax: 030 31018970

E-Mail: verwaltung@dag-shg.de

www.dag-shg.de

Deutscher Behindertenrat (DBR)

c/o Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Linienstraße 131
10115 Berlin
Tel.: 030 7262220
Fax: 030 726222311
E-Mail: info@deutscher-behindertenrat.de
www.deutscher-behindertenrat.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: 030 40050
Fax: 030 40051590
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Tel.: 030 2758380
Fax: 030 275838990
E-Mail: info@g-ba.de
www.g-ba.de

Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege

Staatssekretär Andreas Westerfellhaus
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Tel.: 030 184413420
Fax: 030 184413422
E-Mail: pflgebevollmaechtigter@bmg.bund.de
www.pflgebevollmaechtigter.de

**Beauftragte der Bundesregierung für die Belange
der Patientinnen und Patienten**

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MdB
Friedrichstr. 108
10117 Berlin
Tel.: 030 184414491
Fax: 030 184414499
E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de
www.patientenbeauftragte.de

**Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Bundesgeschäftsstelle**

Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin
Tel.: 030 868721128
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 31018960
Fax: 030 31018970
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin
Tel.: 030 258000
Fax: 030 25800518
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Tel.: 030 2062880

Fax: 030 20628888

www.gkv-spitzenverband.de

**DVKA – Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland**

Pennefeldsweg 12 c

53177 Bonn

Tel.: 0228 95300

Fax: 0228 9530600

E-Mail: post@dvka.de

www.dvka.de



Weitere Informationen

Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert. Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Publikationsverzeichnis

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

Internetangebote

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

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Fax: 030 18102722721

Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Website: Online-Bestellungen unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Ratgeber Krankenhaus – Was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

Bestellnummer: BMG-G-11074



Informiert und selbstbestimmt – Ratgeber für Patientenrechte

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

Bestellnummer: BMG-G-11042



Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Bestellnummer: BMG-P-07055



Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie zusammengefasst in dieser Broschüre. Das Nachschlagewerk richtet sich sowohl an Menschen, die Pflege benötigen, als auch an Angehörige, die Pflege leisten.

Bestellnummer: BMG-P-11025



Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Bestellnummer: BMG-P-11021

Bürgertelefon

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



Bürgertelefon zur Krankenversicherung

030 3406066-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

030 3406066-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention

030 3406066-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Telefax:

030 3406066-07

Videotelefonie:

www.gebaerdentelefon.de/bmg/

E-Mail:

info.gehoerlos@bmg.bund.de

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

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

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹

0221 892031



Sucht & Drogen Hotline²

01805 313031



BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung¹

0800 8313131

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

² Montag bis Sonntag von 0 bis 24 Uhr

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

-  bmg.bund
-  bmg_bund
-  BMGesundheit
-  bundesgesundheitsministerium

Gestaltung

Atelier Hauer + Dörfler GmbH, 10117 Berlin
Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin (Cover)

Fotos

Thomas Köhler (photothek)/BMG/S. 8, 11, 20, 27, 37, 45, 53, 58,
66, 74, 83, 92, 105, 110, 114, 119, 164, 174; BMG/S. 2; Michael
Hagedorn/S. 64; Durchführungsverordnung (EU) 699/2014/S. 129

Druck

Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, 60386 Frankfurt am Main

Stand

April 2020, 18. aktualisierte Auflage

**Den Ratgeber Krankenversicherung können
Sie kostenlos herunterladen oder bestellen.**

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Fax: 030 18102722721
Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Bestellnummer: BMG-G-07031



Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Weitere
Informationen zur
Krankenversicherung
finden Sie hier:

