



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,

wir alle machen im Laufe unseres Lebens früher oder später die Erfahrung, wie wichtig eine gute Gesundheitsversorgung ist. Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheits- und Arzneimittelversorgung, unabhängig vom Einkommen – darauf können sich in Deutschland die Versicherten in jeder der fast 100 gesetzlichen Krankenversicherungen verlassen. Über 74 Millionen Menschen sind Teil dieser starken Solidargemeinschaft. Die „GKV“ ist damit ein wesentlicher Pfeiler unseres Sozialstaates.

Wir leben in schwierigen Zeiten. Umso wichtiger ist es, dass die Krankenversicherung und die Gesundheitsversorgung den Menschen Sicherheit und Verlässlichkeit bieten. Daher halte ich auch meine Zusage: Es wird keine Leistungskürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geben.

Wir entwickeln die Leistungen und Angebote konsequent weiter und richten sie noch stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten aus. Denn nur so lässt sich das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung halten. So treiben wir beispielsweise die Digitalisierung im Gesundheitssystem voran. Wir haben gerade das E-Rezept als Standard eingeführt und ab 2025 kommt die elektronische Patientenakte für alle, die sie nicht ablehnen. Zudem reformieren wir die Krankenhausfinanzierung. Wir werden den bedarfsnotwendigen Krankenhäusern in der Stadt und auf dem Land damit eine sichere Perspektive geben. Verbesserungen in der ambulanten Versorgung wie auch die Stärkung der gesundheitlichen Prävention gehören ebenso zu unseren Zielen.

Worauf es im Gesundheitswesen vor allem ankommt: Ohne die rund sechs Millionen hochqualifizierten und motivierten Beschäftigten ist unser Gesundheitswesen nicht denkbar. Ihnen gebühren unser aller Dank und Anerkennung für ihre tägliche Arbeit! Für mich ist es ein zentrales Anliegen, die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen und vor allem in der Pflege weiter zu verbessern.

Mit dieser Broschüre, die Sie über Leistungen, Zusammenhänge und Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung informiert, möchten wir Ihnen helfen, sich umfangreich zu informieren. Damit Sie besser mitreden können – denn es geht um Ihre Gesundheit!

Ihr



Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Die Krankenversicherung



1

5

4



1 – Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Beiträge, Tarife	S. 13
2 – Private Krankenversicherung; Wechsel zwischen GKV und PKV	S. 57
3 – Gesund bleiben	S. 69
4 – Medizinische Versorgung	S. 105
5 – Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen	S. 147

Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Beiträge, Tarife	13
1.1 Versicherte in der GKV	19
1.1.1 Pflichtversicherte	20
1.1.2 Jahresarbeitsentgeltgrenze	21
1.1.3 Freiwillig Versicherte	22
1.1.4 Familienversicherte	24
1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten	27
1.2 Beiträge	28
1.2.1 Beitragshöhe	28
1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner	30
1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende	33
1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige	33
1.2.5 Zusatzbeiträge	34
1.3 Wahltarife, Bonusprogramme und Zusatzleistungen	36
1.3.1 Wahltarife im Pflichtangebot	36
1.3.2 Freiwillige Wahltarifangebote	39
1.3.3 Bonusprogramme	40
1.3.4 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen	41
1.3.5 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV	42
1.4 Wechsel zwischen Krankenkassen	43
1.4.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?	44
1.4.2 So funktioniert der Wechsel der Krankenkasse	45
1.4.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse	48

1.5 Versicherungsschutz im Ausland	49
1.6 Digitalisierung des Gesundheitswesens	52
1.6.1 Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	52
1.6.2 Elektronische Patientenakte und E-Rezept	53
1.6.3 Elektronisches Gesundheitsnetz (Telematikinfrastruktur)	56
2. Private Krankenversicherung (PKV); Wechsel zwischen GKV und PKV	57
2.1 Die PKV, Prämien und Sozialtarife	59
2.1.1 Wie bemessen sich die Prämien in der PKV?	59
2.1.2 Alterungsrückstellungen und Mitnahme bei Tarifwechsel	60
2.1.3 Welche finanziellen Hilfen gibt es in der PKV bei Hilfebedürftigkeit?	61
2.1.4 Wie funktioniert der PKV-Basistarif?	63
2.1.5 Wie funktioniert der Standardtarif in der PKV und wer hat Anspruch darauf?	65
2.2 Wechsel zwischen GKV und PKV	66
2.2.1 Von GKV zu PKV	66
2.2.2 Von PKV zu GKV	67
3. Gesund bleiben	69
3.1 Gesundheitsförderung und Prävention	71
3.1.1 Was können Sie selbst tun?	71
3.1.2 Wie fördern Krankenkassen Ihre Gesundheit?	72
3.1.3 Prävention und Rehabilitation in der Pflege	74
3.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung	75
3.2 Früherkennung	77
3.3 Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Kassen erstattet werden	80

4. Medizinische Versorgung	105
4.1 Verbesserung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung	107
4.1.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum	107
4.1.2 Verbesserung der ärztlichen Weiterbildungsförderung	111
4.1.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung	111
4.1.4 Verbesserung der Versorgung durch Hebammen	112
4.2 Wahltarife für besondere medizinische Versorgungsformen	114
4.2.1 Hausarztzentrierte Versorgung	114
4.2.2 Integrierte Versorgung	114
4.2.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme – DMP)	116
4.3 Zahnärztliche Behandlung	117
4.3.1 Zahnärztliche Leistungen	117
4.3.2 Kosten für Zahnersatz	119
4.4 Versorgung im Krankenhaus	122
4.5 Rehabilitation und Hilfen zu Hause	124
4.5.1 Medizinische Vorsorge und Rehabilitation	124
4.5.2 Häusliche Krankenpflege	129
4.5.3 Haushaltshilfe	131
4.6 Stärkung der Patientenrechte	132
4.7 Angebote für besondere Personengruppen	137
4.7.1 Angebote für werdende Mütter	137
4.7.2 Angebote für psychisch kranke Menschen	138
4.7.3 Angebote für Sterbenskranke	140
4.7.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Kryokonservierung, Schwangerschaftsabbruch	143
4.8 Krankengeld und Fahrkosten	144
4.8.1 Krankengeld	144
4.8.2 Fahrkosten	145

5. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen	147
5.1 Arzneimittel	149
5.1.1 Verschreibungspflichtige Arzneimittel	150
5.1.2 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	154
5.1.3 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität	156
5.2 Heilmittel	157
5.3 Hilfsmittel	159
5.4 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	162
5.5 Apotheken	164
5.6 Zuzahlungen	166
5.6.1 Belastungsgrenzen für die Zuzahlung	167
5.6.2 Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen	172
Begriffe und Institutionen	180
Stichwortregister	190
Adressen	194
Informationsangebote	199
Weitere Publikationen	200
Bürgertelefon	202
Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	203
Impressum	204

1

**Gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
Beiträge, Tarife**

In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV). Die GKV bietet für fast 90 Prozent der Bevölkerung verlässlichen Gesundheitsschutz. Mehr als 74 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 Mitglieder, die Gesundheitsleistungen sind für alle gleich. Die derzeit knapp 100 existierenden Krankenkassen gewähren dann sowohl ihren beitragszahlenden Mitgliedern als auch den rund 16 Millionen beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen medizinisch notwendige Leistungen. Tragendes Prinzip der GKV ist also der Solidarausgleich – zwischen Gesunden und Kranken, zwischen gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden, zwischen Jungen und Alten, zwischen Alleinstehenden und Familien.

Versicherungspflicht

Bei einer schweren Erkrankung, wie sie 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. Deshalb besteht für alle Bürgerinnen und Bürger mit Wohnsitz in Deutschland die Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung. 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 PKV und ist auch zum Abschluss einer Versicherung verpflichtet.

Mitglieder der GKV unterliegen zudem der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Detailliertere Informationen zur Pflegeversicherung bietet die Broschüre „Ratgeber Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit (*siehe Seite 201*).

Das Prinzip der Selbstverwaltung

Im Gegensatz zu anderen Ländern wie Großbritannien, Schweden oder Italien wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht ausschließlich durch die Regierung oder den Staat

gewährleistet. Hier gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. Das heißt: Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen vor – insbesondere in dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) –, 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.

Sie sind nicht krankenversichert?

Wenn Sie zuletzt gesetzlich versichert waren, wenden Sie sich an Ihre ehemalige Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolgerin. Wenn Sie zuletzt privat versichert waren, wenden Sie sich 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 oder der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Informationen hierzu erhalten Sie auch über das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter:



030 3406066-01

Sprechzeiten: Montag bis Mittwoch
von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr
und Freitag von 8 bis 12 Uhr.



Für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das Bundesministerium für Gesundheit einen Beratungsservice per Videotelefonie: www.gebaerdentelefon.de/bmg oder per E-Mail: info.gehoerlos@bmg.bund.de

Die Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungserbringern, ziehen die Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Das Selbstverwaltungsorgan einer gesetzlichen Krankenkasse ist der Verwaltungsrat. Er setzt sich aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern zusammen, die in den alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen von den Mitgliedern und den Arbeitgebern gewählt werden. Der Verwaltungsrat beschließt in erster Linie das Satzungsrecht und kontrolliert die hauptamtlichen Vorstände, die für die laufenden Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse verantwortlich sind.

Die **Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen** der Bundesländer sind für den Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung verantwortlich. Sie vertreten in den jeweiligen Bundesländern diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die für die Behandlung der in der GKV versicherten Patientinnen und Patienten zugelassen sind. Ihre Organe sind die Vertreterversammlungen, die von den Vertragsärztinnen und -ärzten gewählt werden, sowie 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 Körperschaften des öffentlichen Rechts: den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Demgegenüber ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) privatrechtlich organisiert. Als Zusammenschluss aller Landeskrankenhausgesellschaften sowie Trägerverbände vertritt sie die Krankenhäuser auf Bundesebene.

Das wichtigste Gremium der Selbstverwaltung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Er setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft (KBV und KZBV), der Krankenhäuser (DKG) und Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Um die Interessen von Patientinnen und Patienten, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen zu stärken, haben deren jeweilige Vertretungen auf Bundesebene ein Mitberatungs- und Antragsrecht. Im G-BA wird beraten und entschieden, welche Leistungen von der GKV übernommen werden.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und bewertet den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Des Weiteren hat der G-BA wichtige Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung.

Der G-BA erlässt Richtlinien, die für alle Versicherten, die gesetzlichen Krankenkassen und die an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer verbindlich sind. In diesem Ratgeber wird an verschiedenen Stellen auf Richtlinien des G-BA hingewiesen, die vollständig auf dessen Website veröffentlicht sind (www.g-ba.de).

1.1 Versicherte in der GKV

In der GKV gibt es drei Möglichkeiten der Versicherung:

Pflichtmitgliedschaft

Pflichtmitglieder in der GKV sind insbesondere alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Bruttoeinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze (im Jahr 2024: 69.300 Euro) und über der Geringfügigkeitsgrenze (2024: 538 Euro monatlich) liegt. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber den Kreis der Versicherungspflichtigen nach dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit erweitert (*siehe Kapitel 1.1.1 auf Seite 20*).

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 Kapitel 1.1.3 ab Seite 22*).

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 Kapitel 1.1.4 ab Seite 24*).

Versichertengruppe	Zahl in Millionen
GKV-Versicherte	74,6
GKV-Mitglieder (beitragszahlend)	58,5
Beitragsfreie GKV-Versicherte (mitversicherte Familienangehörige und Kinder)	16,1

1.1.1 Pflichtversicherte

Von der Versicherungspflicht in der GKV werden insbesondere folgende Personengruppen erfasst:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 538 Euro monatlich beträgt, aber die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld,
- 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 Wohnheimen),
- 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze

Wenn pflichtversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis innerhalb eines Jahres mit ihrem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten, endet mit Ablauf des Kalenderjahres die Versicherungspflicht – allerdings nur dann, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Jahr die dann geltende Grenze überschreiten wird. Diese Obergrenze wird jährlich angepasst und liegt im Jahr 2024 bei 69.300 Euro.

Für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 privat krankenversichert waren (sogenannte Bestandsfälle der PKV), gilt eine abweichende Jahresarbeitsentgeltgrenze. Sie liegt bei 62.100 Euro im Jahr (Stand 2024) und wird ebenfalls jährlich angepasst.

1.1.3 Freiwillig Versicherte

Für Beschäftigte, die mit ihrem Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze des laufenden und nachfolgenden Jahres überschreiten, und für Selbstständige, die mit Aufnahme ihrer Tätigkeit nicht mehr der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, bestehen zwei Möglichkeiten, sich gegen das Krankheitsrisiko abzusichern: als freiwilliges Mitglied in der GKV zu bleiben oder in eine PKV zu wechseln. Zunächst weist die Krankenkasse das Mitglied auf das Ende der Versicherungspflicht und die damit bestehenden Möglichkeiten des Austritts und der 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 Arbeitnehmern 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 mit ihrem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen, sind mit Beschäftigungsbeginn versicherungsfrei. Sie haben aber die Möglichkeit, der GKV als freiwilliges Mitglied beizutreten. Das gilt auch, wenn sie zuvor privat krankenversichert waren und die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen.

Freiwillig versichern können sich außerdem:

- **schwerbehinderte Menschen** 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 ihrer Rückkehr aus dem Ausland wieder eine Beschäftigung aufnehmen, die nicht zur Versicherungspflicht führt.
- **Ehemalige Soldatinnen und Soldaten** auf Zeit (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. Während des Bezugs der Übergangsgebühre erhalten sie einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen entweder für ihre Mitgliedschaft in der GKV oder in der PKV.





1.1.4 Familienversicherte

Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Mitgliedern sind beitragsfrei familienversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland 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 bleibt der Status des versicherungspflichtigen Mitglieds unverändert; es müssen in dieser Zeit aber keine Beiträge aus dem Elterngeld gezahlt werden. Der Versicherungsstatus bleibt also erhalten, sodass Eltern in dieser Zeit auch nicht familienversichert sein können.
- Für ein freiwilliges Mitglied, das vor der Elternzeit beziehungsweise vor dem Elterngeldbezug versicherungsfrei war, weil sein regelmäßiges Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze überstieg, gilt Folgendes: Es ist im Anschluss an den Bezug von Mutterschaftsgeld für die Dauer der Elternzeit beziehungsweise des Elterngeldbezugs beitragsfrei mitversichert. Dies ist nur möglich, wenn dessen Ehepartnerin oder -partner Mitglied der GKV ist. Zudem muss „dem Grunde nach“ (ohne die eigene freiwillige Mitgliedschaft) ein Anspruch auf Familienversicherung bestehen. Anderenfalls sind (Mindest-)Beiträge zu zahlen.
- Selbstständige, die Elterngeld beziehen, müssen grundsätzlich weiterhin (Mindest-)Beiträge zahlen.
- Die Familienversicherung eines Kindes ist ausgeschlossen, wenn der mit dem Kind verwandte Ehe- oder Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist und sein regelmäßiges Gesamteinkommen die monatliche Versicherungspflichtgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das des gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartners*.

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

Kinder in Schul- oder Berufsausbildung sind bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert.

Wie lange sind Kinder beitragsfrei mitversichert?

Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern ist zeitlich begrenzt. Sie endet grundsätzlich mit der Vollendung des 18. Lebensjahres, bei nicht erwerbstätigen Kindern mit der Vollendung des 23. Lebensjahres. 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 oder den freiwilligen Wehrdienst des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für die Dauer von höchstens zwölf Monaten.

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.

Studierende sind nach dem Ende der Familienversicherung längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig. Dabei zahlen sie einen besonders niedrigen Beitrag von derzeit 82,99 Euro zur Krankenversicherung zuzüglich des kassenindividuellen 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 Studierende.

Welche Einkommensgrenze gilt für mitversicherte Angehörige?

Die Einkommensgrenze liegt bei 505 Euro monatlich (Stand 2024). 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.

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 (KSVG) in der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pflichtversichert.

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 durch einen Zuschuss des Bundes sowie eine Künstlersozialabgabe aufgebracht, die von Verwertern honorarabhängig zu zahlen ist. 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

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 36*) bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei Pflichtversicherten zählen hierzu Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (mit Ausnahme der bis zu bestimmten Altersgrenzen beitragsfreien Waisenrente), Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrenten) sowie Arbeits-einkommen 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.

1.2.1 Beitragshöhe

Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 5.175 Euro im Monat beziehungsweise 62.100 Euro im Jahr (Stand 2024) berücksichtigt.

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

Der **ermäßigte Beitragssatz** beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

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



Zusätzlich zu den gemäß Beitragssatz ermittelten Beiträgen können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben (siehe Kapitel 1.3 ab Seite 36).

Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2024

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 %
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	5.175 Euro
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	62.100 Euro

Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig Versicherte in der GKV pro Monat

Personenkreis freiwillig Versicherte	Anspruch auf Krankengeld	Beitrag für die Krankenversicherung in Euro*
Über der Versicherungspflichtgrenze verdienende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Beitragsbemessungsgrenze: 5.175 Euro)	ja	755,55**
Mindestbeitrag allgemein (Mindestbemessungsgrundlage: 1.178,33 Euro)	nein	164,97
Mindestbeitrag für Selbstständige (Mindestbemessungsgrundlage: 1.178,33 Euro)	nein ja	164,97 172,04
Höchstbeitrag für Selbstständige	nein ja	724,50 755,55
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein	724,50

* Daneben können Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben.

** Beitragszuschuss des Arbeitgebers: 377,78 Euro.

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 zur 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 besteht innerhalb bestimmter Altersgrenzen Beitragsfreiheit für diese Rente.

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 28*) berücksichtigt. Zu sonstigen Einnahmen zählen Bezüge, die für die sogenannte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds relevant sind – zum Beispiel Mieteinnahmen. Freiwillige Mitglieder tragen den Beitrag grundsätzlich allein. An dem Teil der Beiträge, der auf die Rentenzahlung entfällt, beteiligt sich jedoch ihr Rentenversicherungsträger zur Hälfte.

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

Berücksichtigung von Kapitaleistungen

Versorgungsbezüge sind nicht nur beitragspflichtig, wenn sie wie eine Rente regelmäßig gezahlt werden, sondern auch bei einer einmaligen Auszahlung. In diesem Fall werden die Beiträge nicht in einer Summe fällig, sondern auf zehn Jahre gestreckt und der jeweilige Jahresbeitrag auf die Monate verteilt. Die Beitragspflicht einer Kapitalauszahlung besteht dementsprechend für 120 Monate. So wird die Vergleichbarkeit mit einer laufenden Zahlung hergestellt.



Freibetrag für Betriebsrenten

Für pflichtversicherte Betriebsrentnerinnen und Betriebsrentner wurde 2020 ein Freibetrag für Krankenversicherungsbeiträge eingeführt. Für Leistungen der betrieblichen Altersversorgung bis zu einer Höhe von 176,75 Euro monatlich (Stand 2024) müssen keine Krankenkassenbeiträge mehr gezahlt werden. Die Höhe des Freibetrags wird jedes Jahr angepasst und folgt dabei 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

Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Bürgergeld 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

Wenn Menschen bedürftig werden, gilt: Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger sind den Versicherten der GKV bei den Gesundheitsleistungen gleichgestellt. Dementsprechend erhalten sie wie andere Versicherte eine Krankenversichertenkarte. Sie bleiben in ihrer bisherigen Krankenkasse versichert. Waren sie bislang nicht versichert, werden sie in der Regel der Krankenkasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zugeordnet, bei dem sie zuletzt versichert waren.

Auch bei Erwerbsfähigen, die kein Bürgergeld beziehen, kann der zuständige Träger der Grundsicherung die Beiträge für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise übernehmen. Voraussetzung ist, dass mit der Übernahme Hilfebedürftigkeit vermieden werden kann. Nicht erwerbsfähige Personen – also Menschen, die eine Altersrente erhalten, 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 hilfebedürftig würden, müssen 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 Bürgergeld und Sozialhilfe auch zunächst alle Möglichkeiten nutzen, den entstandenen Bedarf selbst zu decken. Dabei gelten die gleichen Freibeträge und Grenzen für Schonvermögen.

1.2.5 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 Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger auch zur Hälfte an diesen kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Außerdem dürfen Krankenkassen mit hohen Finanzreserven ihre Zusatzbeiträge nur unter bestimmten Bedingungen anheben.

Diese Zusatzbeiträge orientieren sich am durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV, den das Bundesministerium für Gesundheit bekannt gibt; sie variieren aber von Krankenkasse zu Krankenkasse.

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

Soweit eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhöht, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht (*siehe auch Kapitel 1.4.2 ab Seite 45*).

Mitversicherte Kinder und Partnerinnen oder Partner (Familienversicherte) zahlen keinen Zusatzbeitrag. Bei Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern sowie Bezieherinnen und Beziehern 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 Bürgergeld. Dieser Satz wird vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises festgesetzt. Dem Schätzerkreis gehören Fachleute des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesamtes für Soziale Sicherung sowie des GKV-Spitzenverbandes an. Für das Jahr 2024 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz 1,7 Prozent.





1.3 Wahltarife, Bonusprogramme und Zusatzleistungen

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.

1.3.1 Wahltarife im Pflichtangebot

Zu den speziellen Tarifen, die jede Krankenkasse ihren Versicherten anbieten muss, gehören vor allem die folgenden Angebote:

Wahltarife im Überblick

Pflichtangebote der Kassen	Freiwillige Angebote der Kassen
Wahltarif für integrierte Versorgung	Selbstbehalttarif
Hausarztтарif (hausarztzentrierte Versorgung)	Kostenerstattungstarif
Wahlтарif für strukturierte Behandlungsprogramme	Beitragsrückerstattungstarif
Krankengeldtarif für Selbstständige	und weitere

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 [HzV])

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. Wenn die Krankenkasse durch HzV Effizienzgewinne erzielt, ist sie gesetzlich verpflichtet, Versicherte mit Hausarztтарif an diesen Einsparungen zu beteiligen.

Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme

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

Krankengeldtarif für Selbstständige

Bestimmte Mitglieder – wie hauptberuflich Selbstständige oder befristet Beschäftigte – können sich mit diesem Tarif einen Krankengeldanspruch sichern, der den individuellen Ansprüchen entspricht. Für den Wahltarif „Krankengeld“ kann, je nach Angebot der Krankenkasse, ein sofortiger Leistungsanspruch gewählt werden oder aber auch ein Beginn zu einem späteren Zeitpunkt. Für diesen Krankengeldanspruch zahlt das Mitglied eine Prämie, die sich am Krankengeldbeginn und an der Krankengeldhöhe bemisst; Prämienstaffelungen nach Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko dürfen nicht erfolgen.

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 Kapitel 1.3.5 ab Seite 42*). Hierfür muss kein Wahltarif abgeschlossen, sondern eine Wahlerklärung bei der Krankenkasse abgegeben werden.

1.3.2 Freiwillige Wahltarifangebote

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

Selbstbehalttarif

Mitglieder, die sich für diesen Tarif entscheiden, verpflichten sich, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhalten die Mitglieder eine Prämie.

Kostenerstattungstarif

Anders als Privatversicherte erhalten Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen die von ihnen benötigten Leistungen in der Regel als Sach- und Dienstleistung. Das heißt, die Krankenkassen stellen die Leistungen zur Verfügung, zum Beispiel die Arztbehandlungen oder den Zahnersatz, und übernehmen die Kosten. Die Patienten müssen nicht in Vorleistung treten. Versicherte können sich aber auch für einen Wahltarif mit Kostenerstattung entscheiden. Dann erhalten sie medizinische Leistungen wie in der PKV 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. Zu beachten ist dabei, dass die Höhe der Erstattungen normalerweise auf die Kosten, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, begrenzt wird und Auslagen für die ambulante ärztliche Versorgung in der Regel nicht vollständig abgedeckt werden. In besonderen Kostenerstattungstarifen können höhere Ver-

So funktioniert der Selbstbehalttarif – ein Beispiel

Die Kasse zahlt eine Prämie in Höhe von 600 Euro pro Jahr. Diesen Betrag erhalten Mitglieder 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 Mitglieder, die ihre Behandlungskosten gering halten können, kann sich ein solcher Selbstbehalt also lohnen.

gütungen vereinbart werden, als sie normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Dafür fallen dann zusätzliche Prämien an. Wer sich für einen Wahltarif mit Kostenerstattung interessiert, sollte bei seiner Krankenkasse deshalb genau nachfragen, welche Leistungen in welcher Höhe erstattet werden.

Beitragsrückerstattungstarif

Manche Krankenkassen bieten das Beitragsrückvergütungsmodell an – bei manchen Kassen auch als Prämientarif bekannt. Wer dabei ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nimmt, erhält, abhängig vom Wahltarif, Geld zurück. Aufwendungen für in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen werden verständlicherweise nicht negativ berücksichtigt.

Bindungsfristen

Wenn Sie sich für einen Wahltarif entscheiden, sind Sie daran in der Regel für ein Jahr gebunden. Nur beim Krankengeldtarif für Selbstständige und beim Selbstbehalttarif beträgt die Bindungsfrist drei Jahre. Für die besonderen Versorgungsformen gibt es keine Mindestbindungsfrist.

1.3.3 Bonusprogramme

Die Krankenkassen bieten Bonusprogramme für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten an. Dazu gehört zum Beispiel die Zahlung von Prämien für die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder Präventionsprogrammen. Die Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Arbeitgeber können ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie in ihren Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

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

1.3.4 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen

Erweiterte Leistungen der Krankenkassen

Die Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte Anspruch haben, werden in erster Linie durch den G-BA bestimmt. Darüber hinaus können Krankenkassen jedoch auch noch zusätzliche Leistungen anbieten. Die bekanntesten Beispiele hierfür sind Satzungsleistungen und Verträge der besonderen Versorgung, sogenannte Selektivverträge.

Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den gesetzlich festgeschriebenen Leistungen gewähren kann. Jede Krankenkasse kann diese Leistungen in ihrer Satzung festlegen und im Wettbewerb der Krankenkassen einsetzen. Manche Krankenkassen bieten zum Beispiel Satzungsleistungen bei der häuslichen Krankenpflege oder bei der Haushaltshilfe an. Je nach persönlichen Bedürfnissen können sich daraus Vorteile ergeben.

Im Rahmen von **Selektivverträgen** können die Krankenkassen zudem Vereinbarungen für besondere Versorgungsangebote treffen, die über die Regelversorgung hinausgehen.



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.

1.3.5 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV

Für alle in der GKV freiwillig versicherten Selbstständigen umfasst ihr Versicherungsschutz grundsätzlich keinen Krankengeldanspruch. Deshalb gilt für sie der einheitliche ermäßigte Beitragssatz von 14,0 Prozent. Sie können sich jedoch bei ihrer Krankenkasse ebenfalls gegen Verdienstaufschlag absichern. Dafür bietet die GKV zwei Möglichkeiten:

- **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 den allgemeinen Beitragssatz (14,6 Prozent).
- **Krankengeldwahltarif:** Jede Kasse muss einen solchen Tarif anbieten. Der dafür zu zahlende Betrag kann sich von Kasse zu Kasse unterscheiden.

1.4 Wechsel zwischen Krankenkassen

Versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder der GKV können grundsätzlich eine Krankenkasse der folgenden Krankenkassenarten 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 dem Betrieb besteht (beziehungsweise vor dem Rentenbezug bestand), der die BKK errichtet hat oder für den eine BKK existiert,
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse (IKK) 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 (KBS).

Zudem besteht die Möglichkeit, die Krankenkasse der Ehegattin oder des Ehegatten zu wählen. Die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder -berechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat, kann ebenfalls gewählt werden.

Studentinnen und Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkassen am Hochschulort wählen.

Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Kassenwahlrecht gilt lediglich für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse.



1.4.1 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 Zusatzbeitragsatzes einer Krankenkasse ist ein wichtiges Auswahlkriterium für Mitglieder. 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.

Checkliste

Die wichtigsten Fragen bei einem Wechsel der Krankenkasse

- 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 beziehungsweise 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?

1.4.2 So funktioniert der Wechsel der Krankenkasse

Sie können in eine andere gesetzliche Krankenkasse wechseln, wenn die gesetzliche Mindestbindungsfrist für die Wahl der Krankenkasse erfüllt ist (*siehe Seite 46*). Eine Kündigung ist dafür seit dem 1. Januar 2021 nicht mehr erforderlich: Ihre neu gewählte Krankenkasse informiert Ihre bisherige Krankenkasse über den Wechsel. Nur Mitglieder, die das System der GKV verlassen wollen, müssen bei der bisherigen Krankenkasse kündigen. In diesem Fall ist nachzuweisen, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht, damit die Kündigung wirksam wird.

Über jeden Krankenkassenwechsel muss Ihr Arbeitgeber schnellstmöglich informiert werden.

Welche Fristen gelten?

An die Wahl der neuen Krankenkasse sind Sie grundsätzlich für zwölf Monate gebunden.

Ausnahmen von dieser zwölfmonatigen 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 ihren Zusatzbeitragssatz erhöht. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft auch dann beendet werden, wenn die Mindestbindungsfrist nicht erfüllt ist. Auch hier reicht die Wahl einer neuen Krankenkasse in der Regel aus. Diese informiert die alte Krankenkasse über den Wechsel. Der Wechsel muss bei der neuen Krankenkasse bis zum Ablauf des Monats beantragt werden, 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 hinweisen. Übersteigt der

erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, muss die Krankenkasse in einem Hinweisschreiben zusätzlich darauf aufmerksam machen, dass ein Wechsel in eine günstigere Kasse möglich ist. Erfolgt der Hinweis verspätet, verschiebt sich entsprechend die Frist, in der das betroffene Mitglied sein Sonderkündigungsrecht ausüben kann. Auch bei erfolgter Sonderkündigung muss der erhöhte Zusatzbeitrag bis zum Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels gezahlt werden.

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

Mitglieder, die einen Wahltarif abgeschlossen haben, sind an die Krankenkasse während der Laufzeit gebunden – diese beträgt in der Regel ein Jahr, bei einem Selbstbehalttarif oder dem Krankengeldtarif sind es drei Jahre. In dieser Zeit ist ein Krankenkassenwechsel grundsätzlich 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 – den Zusatzbeitragssatz erhöht. Ausgenommen von diesem Sonderkündigungsrecht ist ein Mitglied, das sich für den Wahltarif Krankengeld entschieden hat. Außerdem haben die Satzungen der Krankenkassen für andere Wahltarife ein Sonderkündigungsrecht für besondere Härtefälle vorzusehen.

1.4.3 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.

Auch in diesem Fall gilt: Keine Krankenkasse darf die Aufnahme eines Mitglieds verweigern. 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 gewährt hat, weitergewähren.



1.5 Versicherungsschutz im Ausland

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

In allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen (Europäischer Wirtschaftsraum – EWR) und der Schweiz haben Versicherte bei vorübergehenden Aufenthalten Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen. Dieser Anspruch besteht auch weiterhin im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland, das zum 1. Februar 2020 aus der EU ausgetreten ist. Dabei gelten dieselben Bedingungen wie für die Versicherten des Gastlandes. Mit einigen weiteren Ländern wie zum Beispiel 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 Antragsbescheinigung ausstellen lassen. In Deutschland befindet sich die EHIC auf der Rückseite der nationalen Krankenversicherungskarte (eGK).

Vereinigtes Königreich nach dem „Brexit“

Das Vereinigte Königreich gehört seit dem 1. Februar 2020 nicht mehr zur EU. Für viele Lebens- und Wirtschaftsbereiche gibt es Abkommen, die das Verhältnis Großbritanniens zur EU übergangsweise oder dauerhaft neu regeln. Vor einem Aufenthalt im Vereinigten Königreich sollten Sie sich bei Ihrer zuständigen Krankenkasse, Ihrem Versicherungsunternehmen oder bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) über die aktuell geltenden Bestimmungen informieren.

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 versichern.

Nachträgliche Erstattung einer Behandlung im Ausland

Wenn Sie eine medizinische Leistung innerhalb der EU, des EWR oder in der Schweiz 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 für Verwaltungskosten vornehmen. Sie sollten sich daher am besten vor einer Behandlung im europäischen Ausland bei Ihrer Krankenkasse darüber informieren, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt. Bei einer 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 muss beispielsweise nicht erteilt werden, wenn die gleiche oder eine für die Versicherten ebenso wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung rechtzeitig bei einem Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen 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. Dafür müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie können wegen einer Vorerkrankung oder Ihres Alters keine private Auslandsrankenversicherung abschließen.
- Sie weisen vor dem Reiseantritt Ihrer Kasse nach, dass Sie von der PKV abgelehnt wurden.
- Ebenfalls vor Reiseantritt sagt Ihre Kasse zu, dass sie den Versicherungsschutz gewährt.

Die Krankenkasse übernimmt dann die Kosten bis zu der Höhe, wie sie im Inland entstanden wären.

Und wenn eine Behandlung nur im Ausland möglich ist?

Wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland möglich ist, können die Krankenkassen ausnahmsweise die Kosten hierfür ganz oder teilweise übernehmen. Das gilt auch für eine erforderliche Behandlung außerhalb der EU und des EWR.



1.6 Digitalisierung des Gesundheitswesens

1.6.1 Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die eGK dient als Nachweis, um Leistungen der GKV in Anspruch nehmen zu können. Sie 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, wie zum Beispiel bettlägerige Personen. Die Rückseite der eGK kann für die Europäische Krankenversicherungskarte verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

Auf dem Chip der eGK sind Verwaltungsdaten zu Ihrer Person, die sogenannten Versichertenstammdaten, verpflichtend gespeichert, wie zum Beispiel Name, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversicherungsnummer. Die Prüfung dieser Daten geschieht durch das Einlesen der eGK in der Arztpraxis. Die Daten auf der Karte werden automatisch mit den Daten, die bei der Krankenkasse vorliegen, abgeglichen und wenn nötig aktualisiert.

Auf Ihren Wunsch können auf der eGK zusätzlich Ihre Notfalldaten gespeichert werden. Mit den Notfalldaten haben behandelnde Personen alle wichtigen Informationen sofort im Blick, wie zum Beispiel Allergien oder bedeutsame Vorerkrankungen. Auch die Kontaktdaten einer oder eines im Notfall zu benachrichtigenden Angehörigen können Sie auf Wunsch im Notfalldatensatz hinterlegen lassen. Im Notfall können diese Daten von Ärztinnen und Ärzten dann auch ohne Ihre PIN-Eingabe ausgelesen werden. In allen anderen Fällen entscheiden Sie, ob und wem Sie diese Notfalldaten zur Verfügung stellen.

Ebenfalls auf Ihren Wunsch kann Ihr Medikationsplan elektronisch auf der eGK gespeichert werden. Auf einen solchen Medikationsplan – sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form – haben alle Patientinnen und Patienten einen

Anspruch, die über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen gleichzeitig drei oder mehr verordnete Arzneimittel einnehmen. Das betrifft vor allem ältere und chronisch kranke Menschen, die häufig bei mehreren Ärztinnen und Ärzten in Behandlung sind und unterschiedliche Arzneimittel einnehmen. Die elektronische Bereitstellung des Medikationsplans soll Ärztinnen und Ärzte besser über ihre Patientinnen und Patienten informieren. Zudem lassen sich dadurch die Medikationsdaten in der Arztpraxis und in der Apotheke einfacher aktualisieren.

Perspektivisch ist vorgesehen, den elektronischen Medikationsplan als Teil der elektronischen Patientenakte innerhalb der Telematikinfrastruktur zu überführen (*siehe auch Kapitel 1.6.3 ab Seite 56*).

1.6.2 Elektronische Patientenakte und E-Rezept

Seit dem 1. Januar 2021 haben Sie einen Anspruch auf die Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte durch Ihre Krankenkasse. Sie können hierauf komfortabel mit Ihrem Smartphone oder Tablet und seit dem 1. Januar 2022 auch über Ihren Desktop-PC in Verbindung mit einem Kartenlesegerät zugreifen. Wenn Sie es wünschen, können Leistungserbringer wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte und perspektivisch auch weitere Berufsgruppen wie Pflegepersonal, Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der elektronischen Patientenakte Informationen speichern, insbesondere zu Befunden, Diagnosen sowie durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen. Auch Behandlungsberichte oder Röntgenbilder können in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden. So sind Sie in der Lage, beispielsweise Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten Ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus können Sie auch eigene Dokumente in Ihrer elektronischen Patientenakte speichern, wie zum Beispiel ein Tagebuch über Blutzucker- oder Blutdruckmessungen.

Sie entscheiden, welche medizinischen Anwendungen Sie nutzen möchten und wer auf Ihre Daten zugreifen darf. Sie können für jede medizinische Anwendung (zum Beispiel die Notfalldaten, den elektronischen Medikationsplan oder die elektronische Patientenakte) jederzeit festlegen, ob und durch wen hierauf zugegriffen werden darf. Darüber hinaus können Sie unter Nutzung Ihres Tablets oder Smartphones mit sicheren Verfahren ausgewählten Leistungserbringern sowohl zeitlich als auch inhaltlich eingrenzbare Zugriffsberechtigungen auf Daten Ihrer elektronischen Patientenakte erteilen. Die Zugriffe werden protokolliert, sodass immer erkennbar ist, wer auf Ihre Daten zugegriffen hat.



Auch wird es ermöglicht, Daten aus digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in Ihre elektronische Patientenakte einzustellen. Hierdurch können Sie Ihren Ärztinnen und Ärzten zusätzliche behandlungsrelevante Informationen zur Verfügung stellen, die die Therapieentscheidung weiter unterstützen.

Um den Mehrwert der elektronischen Patientenakte weiter zu fördern, wird die Akte ab dem 15. Januar 2025 automatisch für alle bereitgestellt („ePA für alle“), sofern der Einzelne nicht widerspricht. Die Akte wird von Beginn an eine vollständige, weitestgehend automatisiert erstellte, digitale Medikationsübersicht enthalten. Ärztinnen und Ärzte können so besser nachvollziehen, welche Arzneimittel eingenommen werden; das erhöht die Patientensicherheit. Gemeinsam mit dem elektronischen Medikationsplan und den arzneimitteltherapielevanten Daten der Versicherten bildet die digitale Medikationsübersicht die Grundlage für den ersten nutzbringenden Anwendungsfall der „ePA für alle“, den sogenannten digital gestützten Medikationsprozess (dgMP). Weitere nutzbringende Anwendungsfälle – wie eine elektronische Patientenakte und Laborbefunde – werden folgen.

Mit der Einführung der „ePA für alle“ sind Ärztinnen und Ärzte zudem verpflichtet, Befundberichte aus medizinischen Untersuchungen, Behandlungen und Maßnahmen sowie Arztbriefe, die ihnen im Rahmen der aktuellen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten vorliegen, in der ePA zu speichern. Auch der Entlassbrief im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist in der „ePA für alle“ zu speichern. Damit wird gleich zum Start der neuen ePA der größtmögliche Versorgungsnutzen erreicht.

Des Weiteren haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen ihrer Patientinnen und Patienten auch weitere Daten aus der aktuellen Behandlung, zum Beispiel eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) oder auch Abschriften aus der lokalen arztgeführten Behandlungsakte, elektronisch in der „ePA für alle“ zu speichern.

Seit dem 1. Januar 2024 ist das E-Rezept für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbindlich zu nutzen. Ärztinnen und Ärzte stellen jetzt bundesweit E-Rezepte aus und alle Apotheken sind flächendeckend in ganz Deutschland in der Lage, E-Rezepte einzulösen und mit den Krankenkassen abzurechnen. Das E-Rezept ersetzt das Papierrezept in seiner bisherigen Form. Ein E-Rezept kann sowohl im Anschluss an eine Behandlung in der Praxis als auch aus der Ferne ausgestellt und sowohl in einer Apotheke vor Ort als auch bei einer Versandapotheke eingelöst werden. Patientinnen und Patienten können ihr Rezept über eine E-Rezept-App oder durch das Einlesen der eGK in der Apotheke einlösen.

1.6.3 Elektronisches Gesundheitsnetz (Telematikinfrastruktur)

Zwingende Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen wie der elektronischen Patientenakte und dem E-Rezept ist der Anschluss möglichst aller Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen, also zum Beispiel der Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker, der Pflegekräfte, Hebammen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, an das elektronische Gesundheitsnetz, die sogenannte Telematikinfrastruktur. Ziel ist die sukzessive sichere digitale Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens. Datenschutz und Datensicherheit haben dabei höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt.

2

**Private Krankenversicherung (PKV);
Wechsel zwischen GKV und PKV**

Anders als in der GKV ist in der PKV die Prämienhöhe vom Umfang der versicherten Leistungen und vom individuellen versicherten Risiko abhängig (sogenanntes Äquivalenzprinzip). Ein weiterer Unterschied ist das Kostenerstattungsprinzip: Danach bezahlen privat Krankenversicherte Rechnungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der sonstigen Leistungserbringer grundsätzlich unmittelbar selbst und reichen die Rechnungen ihrerseits zur Erstattung bei ihrem privaten Krankenversicherer ein.



2.1 Die PKV, Prämien und Sozialtarife

Etwas mehr als zehn Prozent der Deutschen sind in der PKV krankenversichert. Wie bei anderen privaten Versicherungen gilt auch bei der PKV grundsätzlich Vertragsfreiheit. Antragstellerinnen und Antragsteller können bei einem privaten Versicherungsunternehmen ihrer Wahl die Aufnahme beantragen. Der Versicherer kann den Antrag insbesondere wegen Vorerkrankungen oder aufgrund des Alters ablehnen; gegebenenfalls schließt er einen Vertrag nur unter Auflagen wie einem Risikozuschlag auf die Prämie oder einem Leistungsausschluss für bestehende Krankheiten. Eine Ausnahme besteht für Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherung im Basistarif erfüllen und sich in diesem versichern (*siehe Kapitel 2.1.4 auf Seite 63*).

Bürgerinnen und Bürger, die privat krankenversichert sind, müssen zudem eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

2.1.1 Wie bemessen sich die Prämien in der PKV?

Im Gegensatz zur GKV, bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, hängt die Prämie in der PKV vom Eintrittsalter der versicherten Person sowie einer Einschätzung ihres Krankheitsrisikos ab, die der Versicherer vor Vertragsschluss anhand einer Gesundheitsprüfung vornimmt. Daneben wirkt sich auch der vereinbarte Leistungsumfang auf die Prämienhöhe aus. Die versicherte Person kann zusätzliche Leistungen versichern oder Leistungskomponenten abwählen, die über einen ausreichenden Versicherungsschutz hinausgehen.

Die privaten Krankenversicherer sind unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, die Prämien der Versicherten anzupassen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die tatsächlich erbrachten Leistungen des Versichertenkollektivs wesentlich und nicht nur vorübergehend von den Leistungen abweichen, die in der Kalkulation des Tarifs angenommen wurden. Hierfür zieht das Versicherungsunternehmen den durchschnittlichen Leistungsbedarf aller Versicherten einer Tarif-, Alters- und Personengruppe heran. Ein unabhängiger Treuhänder muss testen, dass die Prämienanpassung in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben erfolgt. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen entstehen vor allem durch den medizinischen Fortschritt und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen in der Gesundheitsversorgung und müssen vom Versichertenkollektiv finanziert werden. Gleichzeitig führt die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft zu Ausgabensteigerungen. Diese Entwicklungen führen sowohl in der GKV als auch in der PKV zu steigenden Beiträgen.

2.1.2 Alterungsrückstellungen und Mitnahme bei Tarifwechsel

Ein Teil der Prämie, die privat Krankenversicherte in jüngeren Jahren zahlen, wird nicht benötigt, um die Krankheitsfälle eines Jahres abzusichern. Mit diesen Prämienteilen wird eine Alterungsrückstellung aufgebaut, mit der die erfahrungsgemäß höheren Krankheitskosten im Alter abgesichert werden. Die Krankheitskosten im Alter sollen aus den Prämien und der Alterungsrückstellung finanziert werden. Wechselt eine versicherte Person innerhalb ihres Versicherungsunternehmens den Tarif, wird die von ihr finanzierte Alterungsrückstellung in voller Höhe auf den neuen Tarif übertragen.

Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens können Versicherte die Alterungsrückstellung nur mitnehmen, wenn sie ihren Versicherungsvertrag ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben. In diesem Fall ist das bisherige Unternehmen zur Übertragung der aufgebauten Alterungsrückstellung des

Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person in den Basistarif oder in einen anderen Tarif des neuen Versicherungsunternehmens wechselt.

2.1.3 Welche finanziellen Hilfen gibt es in der PKV bei Hilfebedürftigkeit?

In der PKV werden die Prämien einkommensunabhängig berechnet. Das heißt, dass sich die zu zahlende Prämie auch dann nicht ändert, wenn man weniger Einkommen zur Verfügung hat. Stellt die Zahlung der Prämie für die PKV eine hohe finanzielle Belastung dar, gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Prämie zu senken. Sofern Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts besteht, können unter Umständen die staatlichen Grundsicherungssysteme greifen und finanziell unterstützen. Die staatliche Unterstützung ist dabei nicht an einen Sozialtarif, wie den Basistarif oder Standardtarif, gebunden. Auch der bisherige PKV-Tarif kann staatlich bezuschusst werden. Der maximale Zuschuss oder der Beitrag, der bei der Bedarfsprüfung berücksichtigt wird, ist begrenzt auf die Höhe des halbierten Beitrags im Basistarif (Stand 1. Januar 2024: 421,76 Euro).

Was tun, wenn der PKV-Beitrag steigt?

Privat krankenversicherte Personen haben verschiedene Möglichkeiten, steigenden Versicherungsbeiträgen aktiv zu begegnen. So haben sie unter anderem einen Anspruch darauf, in einen anderen Tarif ihres Versicherungsunternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Ein solcher Wechsel im selben Unternehmen kann zu einer Verringerung der Beitragslast führen, jedoch insbesondere auch mit Änderungen des Leistungsumfangs einhergehen. Bei der Anfrage eines Tarifwechsels ist der Versicherer gesetzlich zur Beratung verpflichtet. Die vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. veröffentlichten „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ sollen den Tarifwechsel unterstützen. An dieser Initiative beteiligten sich 24 PKV-Unternehmen.

PKV-versicherte Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) haben demnach unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen. Für Bezieherinnen und Bezieher von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) wird unter bestimmten Voraussetzungen der zu zahlende Beitrag vom vorhandenen Einkommen abgezogen, wodurch sich der Sozialhilfeanspruch erhöht oder unmittelbar als zusätzlicher Bedarf berücksichtigt wird. Diese Regelungen nach beiden Gesetzen gelten auch für Personen, die unmittelbar vor dem Bezug der Sozialleistung privat krankenversichert waren, bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbstständig tätig oder versicherungsfrei in der GKV sind.

Ein Anspruch kann auch dann bestehen, wenn die versicherte Person allein durch die Zahlung der Prämie hilfebedürftig werden würde. Für eine Anspruchsprüfung ist der zuständige Grundsicherungsträger zu kontaktieren.



2.1.4 Wie funktioniert der PKV-Basistarif?

Der Basistarif ist ein gesetzlich definierter Tarif, der von allen privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden muss. Für diesen brancheneinheitlichen Tarif besteht Kontrahierungszwang. Das bedeutet, dass Personen, die die Voraussetzungen erfüllen, in diesem Tarif nicht abgewiesen werden dürfen. Risikozuschläge auf die Prämie oder Ausschlüsse bestimmter Leistungen wegen eines erhöhten gesundheitlichen Risikos sind im Basistarif nicht zulässig. Die ärztliche Behandlung der Versicherten im Basistarif wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt. Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfekonformer Basistarif angeboten.

Grundsätzlich müssen die Vertragsleistungen im Basistarif in Art, Umfang und Höhe mit den Pflichtleistungen der GKV vergleichbar sein. Welche Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Zahnärztinnen und -ärzte eine ambulante Behandlung zu den Bedingungen des Basistarifs durchführen, kann direkt bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beziehungsweise Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfragt werden. Diese stellen die ärztliche Versorgung der im Basistarif Versicherten mit

Wer kann sich im PKV-Basistarif versichern?

- Alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die ihren Versicherungsvertrag in der PKV seit dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben,
- privat Krankenversicherte mit Wohnsitz in Deutschland, die das 55. Lebensjahr vollendet haben oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind,
- Personen mit Wohnsitz in Deutschland ohne Versicherungsschutz, die ehemals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind,
- freiwillige Mitglieder der GKV innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Möglichkeit zum Wechsel in die PKV und
- beihilfeberechtigte Personen mit Wohnsitz in Deutschland zur Ergänzung ihres Beihilfeanspruchs.

den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen sicher. Haben Versicherte Vorerkrankungen, müssen sie keine Risikozuschläge zahlen. Diese Mehrkosten, die durch Vorerkrankungen entstehen, werden auf alle Versicherten im Basistarif gleichmäßig verteilt (sogenannter Risikoausgleich).

Der Versicherungsbeitrag im Basistarif ist auf den aktuellen GKV-Höchstbeitrag begrenzt (Höchstbeitrag im Basistarif Stand 1. Januar 2024: 843,53 Euro). Vom Gesetzgeber ist vorgeschrieben, dass der Höchstbeitrag im Basistarif jährlich aus dem jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV und dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen neu zu ermitteln ist. Durch die jährliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und bei einer Änderung des allgemeinen oder des Zusatzbeitragssatzes der GKV wird auch der Höchstbeitrag für den Basistarif angepasst. Sind Versicherte hilfebedürftig oder würde durch die Bezahlung des Beitrags im Basistarif Hilfebedürftigkeit ausgelöst, reduziert sich der Beitrag im Basistarif auf die Hälfte (halbierter Beitrag im Basistarif Stand 1. Januar 2024: 421,76 Euro). Würde auch bei dieser halbierten Prämienzahlung Hilfebedürftigkeit ausgelöst, berücksichtigt der Träger der Grundsicherung beziehungsweise der Sozialhilfe den verminderten Beitrag bei der Bedarfsermittlung.

Wechseln PKV-Versicherte aufgrund sozialrechtlich bestehender Hilfebedürftigkeit in den Basistarif und endet die Hilfebedürftigkeit innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, haben sie unter Berücksichtigung ihrer vormals erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen und ohne erneute Gesundheitsprüfung ein Rückkehrrecht in ihren vorherigen Tarif.

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

Für bestimmte ältere PKV-Versicherte und unter anderem für Personen im Ruhestand beziehungsweise für Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher besteht 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 in ihrem bestehenden privaten Krankenversicherungsvertrag versichert waren. Der Beitrag im Standardtarif darf den aktuellen Höchstbeitrag in der GKV (auf Basis des allgemeinen Beitragsatzes, ohne Zusatzbeitrag; Stand 1. Januar 2024: 755,55 Euro) nicht überschreiten. Für Ehepaare ist der Beitrag auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der GKV begrenzt. Die Leistungen im Standardtarif sind vergleichbar mit dem Leistungsumfang der GKV. Private Zusatzversicherungen können im Standardtarif nicht abgeschlossen oder aufrechterhalten werden.



2.2 Wechsel zwischen GKV und PKV

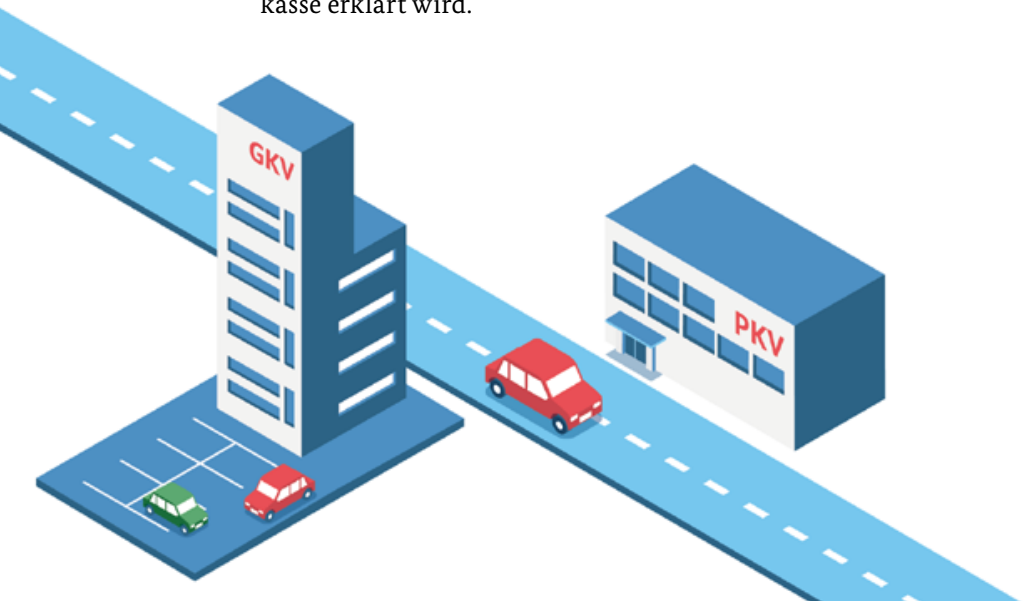
2.2.1 Von GKV zu PKV

Ein Wechsel von der GKV in die PKV steht nur bestimmten Personen offen, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, wie beispielsweise Selbstständigen, Beamtinnen und Beamten sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze.

Freiwillige Mitglieder der GKV können jederzeit in die PKV wechseln

Jedes freiwillige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse kann sich alternativ auch privat krankenversichern. Beratungsgespräche über die Beitrags- und Prämienkonditionen und die Leistungsunterschiede der verschiedenen Systeme sind mit den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu führen.

Bei einem Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung ist eine Kündigung der freiwilligen GKV-Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat an, in dem die Kündigung des Mitglieds gegenüber der neuen Krankenkasse erklärt wird.



Ende der Versicherungspflicht

Für Mitglieder, deren Arbeitsentgelt die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, endet mit Ablauf des Kalenderjahres die Versicherungspflicht, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt im Jahr 2024 bei 69.300 Euro (beziehungsweise 5.775 Euro monatlich).

Zum Ende der Versicherungspflicht 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 nach dem Hinweis der Krankenkasse erklärt, ist ein sofortiger Wechsel in eine private Krankenversicherung möglich. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die bisherige Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.

2.2.2 Von PKV zu GKV

Ein beliebiger Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung in die GKV ist nach den gesetzlichen Regelungen ausgeschlossen. Ein freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sollte sich also darüber im Klaren sein, dass zwar ein Wechsel in die PKV jederzeit möglich ist – die spätere Rückkehr in die GKV hingegen in der Regel nicht. Dem Wechsel von der PKV in die GKV sind enge Grenzen gesetzt, da es sich beim Wechsel von der GKV in die PKV um eine grundsätzliche Entscheidung für das System der privaten und gegen das System der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Das ist insbesondere im Alter relevant, da dann die einkommensabhängigen GKV-Tarife in der Regel niedriger sind als die risikoabhängigen PKV-Tarife. Mit diesen Regelungen wird die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten vor finanzieller

Überforderung geschützt, denn die Leistungsausgaben für ältere Versicherte übersteigen ihre Beiträge im Regelfall erheblich. So tragen Rentnerinnen und Rentner die von ihnen verursachten Ausgaben nur zu weniger als der Hälfte durch eigene Beiträge. Die übrigen Leistungsausgaben werden von den anderen Mitgliedern finanziert. Es ist deshalb sachgerecht, dass grundsätzlich Personen, die sich typischerweise in jungen Jahren der Solidarität in der GKV entzogen haben, in vorgerücktem Alter nicht mehr Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse werden können.

Wenn sich die Lebensverhältnisse derart verändern, dass erstmals oder erneut eine Versicherungspflicht in der GKV entsteht (*siehe Kapitel 1.1.1 auf Seite 20*), kann wieder in eine beliebige gesetzliche Krankenkasse gewechselt werden. Diese Rückkehrmöglichkeit von der PKV in die GKV besteht allerdings nicht für Personen, die

- das 55. Lebensjahr vollendet haben und
- in den letzten fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren und
- mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig waren.

Bei Nachweis einer Pflichtversicherung besteht gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen ein Sonderkündigungsrecht zum Beginn der Pflichtversicherung.

3

Gesund bleiben

So gut es ist, wenn Krankheiten wirkungsvoll behandelt werden können – besser ist es, wenn man gar nicht erst krank wird. Vorbeugung, Früherkennung und ein gesunder Lebensstil können hierzu beitragen – und sie werden von den Krankenkassen aktiv gefördert.



3.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern treten im Laufe des Lebens auf. In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung, damit wir gesund aufwachsen und gesund älter werden – mit einer hohen Lebensqualität. Präventive Maßnahmen richten sich insbesondere an das gesundheitsrelevante Verhalten des Einzelnen, gesundheitsfördernde Maßnahmen hingegen setzen auch an der Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen der Gesellschaft an. Beide Interventionsansätze tragen dazu bei, dass gerade chronische nichtübertragbare Erkrankungen gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf gemindert werden.

3.1.1 Was können Sie selbst tun?

Menschen können viel tun, um Krankheiten zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken. Dazu zählen etwa regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, Erholung, der Verzicht auf das Rauchen und den 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 oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Wer regelmäßig etwas für seine Gesundheit tut, fühlt sich körperlich und auch geistig wohler. Die vielfältigen Gesundheitsangebote in Kindergärten, Schulen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen sind deshalb darauf ausgerichtet, unterschiedliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer dauerhaft für einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren. Ob Ernährungstipps von Profis, Nordic Walking für Seniorinnen und Senioren, ein Training zur Stressbewältigung oder digitale Präventionskurse – Sie haben viele Möglichkeiten, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun.

Durch gesundheitsbewusstes Verhalten, durch eigene Beobachtung und durch regelmäßige ärztliche Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen können Sie Ihre Ressourcen stärken, gesundheitliche Risiken und Belastungen vermeiden sowie erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkennen, noch bevor sich körperliche oder seelische Beschwerden bemerkbar machen.

Schutzimpfungen können zudem viele Infektionskrankheiten verhindern oder das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf vermindern. Prüfen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob Sie alle empfohlenen Impfungen haben und ob Auffrischimpfungen anstehen. In Ihrem Impfausweis werden alle Impfungen festgehalten.

3.1.2 Wie fördern Krankenkassen Ihre Gesundheit?

Die Krankenkassen vermitteln ihren Versicherten qualitätsgesicherte Angebote zur individuellen Prävention in ihrer Nähe und bezuschussen deren Inanspruchnahme unter bestimmten Voraussetzungen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse direkt, welche Möglichkeiten es für Sie gibt. Im Rahmen von Bonusprogrammen honorieren die Krankenkassen das gesundheitsbewusste Verhalten ihrer Versicherten. Zudem unterstützen die Krankenkassen den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten wie zum Beispiel in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen und Gemeinden. Die regelmäßig von den Krankenkassen angebotenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene sollten genutzt werden (*siehe Übersicht ab Seite 80*). Zu Beginn eines Kalenderjahres informieren die Krankenkassen ihre Mitglieder über alle für sie im Kalenderjahr maßgeblichen Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung.

Seit 2015 sind die Krankenkassen auch gesetzlich zur Erbringung von Präventionsleistungen verpflichtet. Darüber hinaus umfasst auch die Gesundheitsuntersuchung beziehungsweise der

sogenannte Check-up bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt eine Präventionsberatung, die sich an Ihren individuellen Risikofaktoren orientiert. Menschen, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen (beispielsweise Beschäftigte im Schichtdienst oder pflegende Angehörige), können diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrnehmen. Die Krankenkasse kann, wie bei der ambulanten Vorsorgekur, auf Antrag einen täglichen Zuschuss für die Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Während einer ambulanten Vorsorgekur sind Sie im Regelfall nicht krankgeschrieben. Klären Sie daher gegebenenfalls Ihre Entgeltfortzahlung (zum Beispiel Vorsorgekur im Rahmen eines Urlaubs) rechtzeitig. 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 eine breite Palette digitaler Präventionskurse an, die Sie auf der Website Ihrer Kasse finden können. Nicht zuletzt durch die Zentrale Prüfstelle Prävention wird gewährleistet, dass digitale Präventionsangebote den hohen Qualitätsanforderungen an präventive Angebote der GKV entsprechen. Digitale Angebote ermöglichen es den Versicherten, präventive Maßnahmen flexibel in den persönlichen Alltag zu integrieren.

Darüber hinaus ist Ihre Krankenkasse gesetzlich verpflichtet, Ihnen Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu machen. Damit können Sie sich beispielsweise im Umgang mit Gesundheits-Apps schulen lassen.



3.1.3 Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird geprüft, ob und in welchem Umfang Maßnahmen geeignet, notwendig und zumutbar sind, um eine Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Ziel ist es, den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit geht es darum, die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten. Zu diesen Maßnahmen gehören Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Umgang mit Sucht-/Genussmitteln oder Verbesserung der psychosozialen Gesundheit, aber ebenso Leistungen der medizinischen Rehabilitation wie zum Beispiel eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme.

Die im Rahmen der Begutachtung getroffenen Feststellungen zur Prävention und zur Rehabilitation sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Dabei sind Möglichkeiten zur Förderung oder zum Erhalt der festgestellten Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in bestimmten Bereichen zu nennen. Zudem ist vor dem Hintergrund einer Bewertung von Rehabilitationszielen und der Rehabilitationsfähigkeit eine Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation auszusprechen. Jedes dieser Gutachten muss Angaben darüber enthalten, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die pflegebedürftige Person lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen besteht. Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung wird der versicherten Person automatisch zugesandt sowie, wenn sie darin einwilligt, eventuell auch Angehörigen oder behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Pflegeeinrichtungen beziehungsweise auch direkt dem Rehabilitationsträger übermittelt.

Die Erbringung von Präventionsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen fällt in den Zuständigkeitsbereich der Pflegekassen. Diese haben den Auftrag, solche Leistungen anzubieten. Maßnahmen zur Rehabilitation werden dagegen von den Rehabilitationsträgern erbracht, bei älteren pflegebedürftigen Menschen sind dies in der Regel die Krankenkassen.

3.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz. Die Arbeitsbedingungen dort können sich auf unsere Gesundheit auswirken, sowohl positiv als auch negativ. Ungünstige Arbeitsbedingungen können nicht nur zu körperlichen Beschwerden 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 viele Unternehmen die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten als zentrales Zukunftsthema erkannt und systematisch in ihr Betriebsmanagement aufgenommen. Dabei erarbeiten sie gemeinsam mit den Beschäftigten und den dafür ernannten Verantwortlichen des Betriebs Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und wirken an der Umsetzung mit.

Die Krankenkassen unterstützen die betriebliche Gesundheitsförderung

Grundsätzlich beraten und begleiten die Expertinnen und Experten der Krankenkassen die Unternehmen von den ersten Anfängen gesundheitsfördernder Maßnahmen bis zum fest etablierten betrieblichen Gesundheitsmanagement. Sie arbeiten dabei mit den betrieblichen Akteuren sowie mit den Unfallversicherungsträgern und den Arbeitsschutzbehörden eng zusammen.

Zu den Angeboten der Kassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gehören etwa die Analyse der Arbeitssituation, die Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und die Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen beispielsweise zur Stressbewältigung. Um verstärkt kleine und mittlere Unternehmen 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 über die betriebliche Gesundheitsförderung beraten lassen.

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.



3.2 Früherkennung

Bei vielen Krankheiten und Behinderungen ist die Aussicht auf Heilung umso besser, je früher sie erkannt und behandelt werden. Zudem kann eine Erkrankung oft auch gänzlich verhindert werden, wenn vor ihrem Auftreten die dafür spezifischen Risikofaktoren oder gegebenenfalls Vorstadien identifiziert werden können. Vorstadien einer Darm- beziehungsweise Gebärmutterhalskrebskrankung können zum Beispiel über viele Jahre entstehen und zunächst harmlose Gewebeeränderungen sein. Durch Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer, Schwangere, Neugeborene, Kinder und Jugendliche sollen bestimmte Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Fehlentwicklungen möglichst frühzeitig erkannt und ihnen durch früh einsetzende Behandlung entgegengewirkt werden.

Kinder und Jugendliche

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (sogenannte U-Untersuchungen) und Jugendliche (J-Untersuchung) untersucht die Ärztin oder der Arzt den allgemeinen Gesundheitszustand und prüft, ob bestimmte schwerwiegende Erkrankungen vorliegen und inwieweit sich das Kind seinem Alter entsprechend entwickelt. Die Anzahl und Inhalte der Untersuchungen werden vom 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.

Während dieser Untersuchungen findet eine ärztliche Beratung statt, in der auch individuelle Belastungen und gesundheitliche Risikofaktoren des Kindes erfasst und die Eltern darüber informiert werden, 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 Kindertagesstätte muss eine ärztliche Impfberatung nachgewiesen werden. Für Kinder ab einem Jahr ist der Nachweis über eine Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität zu erbringen. Ab zwei Jahren müssen mindestens zwei Masern-Schutzimpfungen oder ein ärztliches Zeugnis über eine ausreichende Immunität gegen Masern nachgewiesen werden. Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können und einen entsprechenden Nachweis vorlegen, sind von den Regelungen ausgenommen. Einen Überblick über die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche geben die *Tabellen ab Seite 102*.

Erwachsene

Für Erwachsene gibt es regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen, um bestimmte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen oder Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sowie einige Krebsarten frühzeitig erkennen und möglichst erfolgreich behandeln zu können. Neben der ärztlichen Gesundheitsuntersuchung, besser bekannt als Check-up, gehören verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen. Zu drei dieser Untersuchungen laden die gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise sogenannte Zentrale Stellen die jeweils anspruchsberechtigten Personen schriftlich ein: zur Früherkennung von Darmkrebs, Gebärmutterhalskrebs sowie von Brustkrebs (Mammographie-Screening). Seit Anfang 2018 können Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig auch eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader) in Anspruch nehmen. Seit Oktober 2021 besteht zudem ab dem Alter von 35 Jahren auch die Möglichkeit, sich im Rahmen des Check-ups einmalig auf die Viruserkrankungen Hepatitis B und Hepatitis C testen zu lassen. Die Teilnahme an der Früherkennung ist selbstverständlich freiwillig.

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes (PrävG) von 2015 wurde die ärztliche Gesundheitsuntersuchung beziehungsweise

der Check-up vom G-BA schrittweise weiterentwickelt. Bei der Untersuchung werden zum Beispiel gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren, wie Bewegungsmangel und Übergewicht, seitdem verstärkt erfasst. Anhand der Untersuchungsergebnisse können Ärztinnen und Ärzte den Versicherten Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Primärprävention empfehlen, zum Beispiel Kurse zum Abbau von Bewegungsmangel, zur Ernährung oder zur Stressregulation. Die ärztliche Bescheinigung über die Präventionsberatung dient den Krankenkassen als eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über die Gewährung von Präventionsmaßnahmen. GKV-Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren haben einen einmaligen Anspruch auf den Check-up, Versicherte ab 35 Jahren können ihn alle drei Jahre in Anspruch nehmen. Ebenfalls wird Erwachsenen empfohlen, den eigenen Impfschutz regelmäßig prüfen zu lassen. Auch können neue Lebensumstände dazu führen, sich selbst oder andere durch Impfungen schützen zu wollen (zum Beispiel Kinderwunsch, chronische Krankheit oder neuer Arbeitsplatz). Einen Überblick über die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene geben die *Tabellen ab Seite 80*.

Werden alle Früherkennungsuntersuchungen von der Krankenkasse übernommen?

Alle vom G-BA in seinen Richtlinien empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen – sie sind generell zuzahlungsfrei. Manche Krankenkassen bieten darüber hinaus weitere zuzahlungsfreie Untersuchungen an. Fragen Sie bei Ihrer Kasse nach oder informieren Sie sich im Mitglieder magazin oder auf der Website Ihrer Krankenkasse.

Welchen Service bieten die gesetzlichen Krankenkassen bei der Früherkennung?

Wenn Sie regelmäßig an der Früherkennung teilnehmen, kann Ihre Krankenkasse Ihnen dafür einen Bonus gewähren. Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Mitglieder zu Beginn eines Kalenderjahres über alle Früherkennungsmaßnahmen zu informieren, die für sie im betreffenden Kalenderjahr maßgeblich sind.

3.3 Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Kassen erstattet werden

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Genitaluntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und gynäkologische körperliche Untersuchung	Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren werden alle fünf Jahre von ihrer Krankenkasse schriftlich eingeladen/informiert. Die Untersuchungen können auch unabhängig von den Anschreiben der Krankenkassen innerhalb der vorgegebenen zeitlichen Untersuchungsabstände in Anspruch genommen werden.	Frauen	jährlich für Frauen von 20 bis 34 Jahren

Anmerkungen

Für Frauen von 20 bis 34 Jahren:

- gezielte Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Blutungsstörungen)
- gynäkologische Tastuntersuchung, Untersuchung der genitalen Hautregion
- Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Gebärmutterhals (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, eines Tests auf genitale Infektionen mit Humanen Papillomviren [HPV-Test] oder einer Kolposkopie [Spiegelung des Gebärmutterhalses])
- Beratung über das Ergebnis

Weitere Informationen

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de



Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Genitaluntersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und gynäkologische körperliche Untersuchung	<p>Frauen zwischen 35 und 65 Jahren werden alle fünf Jahre von ihrer Krankenkasse schriftlich eingeladen/informiert.</p> <p>Die Untersuchungen können auch unabhängig von den Anschreiben der Krankenkassen innerhalb der vorgegebenen zeitlichen Untersuchungsabstände sowie über das vollendete 66. Lebensjahr hinaus in Anspruch genommen werden.</p>	Frauen	alle drei Jahre für Frauen ab 35 Jahren
Brustuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs	ab 30 Jahren	Frauen	jährlich

Anmerkungen

Weitere Informationen

Für Frauen ab 35 Jahren:

- Kombinationsuntersuchung 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 Co-Testung [zytologischer Abstrich plus HPV-Test] und/oder eine Kolposkopie [Spiegelung des Gebärmutterhalses])
- klinische Untersuchung mit Anamnese, gynäkologischer Tastuntersuchung, Untersuchung der genitalen Hautregion (wie bei der jährlichen körperlichen Untersuchung für 20- bis 34-jährige Frauen; diese jährliche Untersuchung für Frauen ab 35 Jahren erfolgt in jedem dritten Jahr in Verbindung mit der Kombinationsuntersuchung aus zytologischem Abstrich und HPV-Test)
- Beratung über das Ergebnis

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

Internet:
www.g-ba.de

Die erweiterte jährliche gynäkologische körperliche Untersuchung umfasst:

- gezielte Anamnese (zum Beispiel 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

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs	Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren werden alle zwei Jahre von Zentralen Stellen schriftlich eingeladen und über das Mammographie-Screening informiert. Auch Frauen im Alter von 70 bis 75 Jahren können regelmäßig zum Screening gehen.*	Frauen	alle zwei Jahre
Hautkrebs-Screening zur Früherkennung von Hautkrebs: malignes Melanom („schwarzer Hautkrebs“), Basalzellkarzinom und spinozelluläres Karzinom (beide „weißer“ oder „heller Hautkrebs“)	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre
Prostatauntersuchung, Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Prostatakrebs)	ab 45 Jahren	Männer	jährlich

* Seit dem 1. Juli 2024 können sich Frauen im Alter von 70 bis 75 Jahren bei den sogenannten Zentralen Stellen für einen Untersuchungstermin in einer wohnortnahen Screening-Einheit anmelden. Dort wird geprüft, ob die Frau schon wieder anspruchsberechtigt ist. Ein Untersuchungstermin ist frühestens 22 Monate nach der letzten Früherkennungs-Mammographie möglich. Weitere Informationen zur Erweiterung der oberen Altersgrenze auf 75 Jahre unter: www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/erwachsene/krebsfrueherkennung/mammographie-screening

Anmerkungen**Weitere
Informationen**

Das Screening umfasst:

- schriftliche Einladung direkt in eine zertifizierte Untersuchungseinrichtung (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 (zum Beispiel Fragen nach Veränderungen an der Haut/Beschwerden)
- visuelle (mit bloßem Auge), standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhautfalten
- Befundmitteilung mit anschließender Beratung (bei auffälligem Befund Abklärung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Dermatologie)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:

www.g-ba.de

Die Untersuchung umfasst:

- gezielte Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Veränderungen/Beschwerden)
- Inspektion und Abtasten des äußeren Genitales
- Tastuntersuchung der Prostata (vom Enddarm aus)
- Tastuntersuchung der regionären Lymphknoten
- Befundmitteilung mit anschließender Beratung

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:

www.g-ba.de

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

Anmerkungen**Weitere
Informationen**

Die Untersuchung umfasst:

- Männer und Frauen ab 50 Jahren: gezielte einmalige umfassende Beratung in der Arztpraxis über die Möglichkeiten der Darmkrebsfrüherkennung
- weitere Untersuchungen abhängig von Alter und Geschlecht (siehe unten)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme

- immunologischer Test auf verborgenes Blut im Stuhl

Internet:
www.g-ba.de

- Männer können bereits ab 50 Jahren zwischen dem Test auf verborgenes Blut im Stuhl und der Früherkennungs-Darmspiegelung wählen, da Männer früher und häufiger an Darmkrebs erkranken als Frauen
- Nehmen Männer das Darmspiegelungsangebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahr, besteht Anspruch auf eine Früherkennungs-Darmspiegelung

- Frauen können ab 55 Jahren zwischen dem Test auf verborgenes Blut im Stuhl und der Früherkennungs-Darmspiegelung wählen
- Nehmen Frauen das Darmspiegelungsangebot erst ab dem Alter von 65 Jahren wahr, besteht Anspruch auf eine Früherkennungs-Darmspiegelung

- 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)

Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Check-up zur Erfassung von Gesundheitsrisiken und zur Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus	im Alter von 18 bis 34 Jahren	Frauen und Männer	einmalig
	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle drei Jahre
	ab 65 Jahren	Männer	einmalig

Anmerkungen

Weitere Informationen

Die Untersuchung umfasst:

1. Anamnese (zum Beispiel Fragen nach Beschwerden), insbesondere die Erfassung des Risikoprofils (zum Beispiel Rauchen, Übergewicht, familiäre [Krebs-]Risiken), Überprüfung des Impfstatus
2. körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) einschließlich Messung des Blutdrucks
3. Laboruntersuchung
 - a) aus dem Blut (ab 35 Jahren; bei 18- bis 34-Jährigen erfolgt eine Laboruntersuchung bei entsprechendem Risikoprofil):
 - Lipidprofil (zum Beispiel Cholesterin)
 - Glukose
 - b) aus dem Urin (nur ab 35 Jahren):
 - Eiweiß
 - Glukose
 - rote und weiße Blutkörperchen
 - Nitrit
4. Beratung über die Untersuchungsergebnisse und – sofern medizinisch angezeigt – gegebenenfalls Ausstellen einer Präventionsempfehlung (zum Beispiel Kurse zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Suchtmittelkonsum). Das Hautkrebs-Screening (*siehe Seite 84 f.*) kann gegebenenfalls in Verbindung mit dem Check-up durchgeführt werden.
5. Im Rahmen des Check-up besteht einmalig auch der Anspruch auf ein Screening auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion (ab 35 Jahren).

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung eines Bauchaortenaneurysmas (Erweiterung der Bauchschlagader)

Zahnvorsorgeuntersuchungen

Untersuchung	Alter	Häufigkeit
Früherkennungsuntersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	6 Monate bis 5 Jahre	sechsmal
Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)	6 bis 17 Jahre	einmal je Kalenderhalbjahr



Anmerkungen

Die Untersuchung umfasst:

- Einschätzung des Kariesrisikos
- Ernährungs- und Mundhygiene-Beratung der Erziehungsberechtigten
- Inspektion der Mundhöhle
- Motivation zur Prophylaxe
- Empfehlung und Verordnung geeigneter Fluoridierungsmittel zur Schmelzhärtung

Gegebenenfalls:

- Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne

Die Maßnahmen umfassen:

- Inspektion der Mundhöhle
- Erhebung des Mundhygienestatus
- Einschätzung des Kariesrisikos
- Mundgesundheitsaufklärung
- Motivation zur Prophylaxe
- lokale Fluoridierung zur Schmelzhärtung

Gegebenenfalls:

- Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der Backenzähne
- praktische Übungen von Hygienetechniken

Weitere Informationen

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

Internet:
www.g-ba.de

Richtlinie des Bundesaussschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-erkrankungen (Individualprophylaxe)

Internet:
www.g-ba.de

Untersuchung	Alter	Häufigkeit
Zahnvorsorgeuntersuchungen	ab 18 Jahren	einmal je Kalenderhalbjahr
Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen	Kinder und Erwachsene	einmal je Kalenderhalbjahr

Anmerkungen

Die Untersuchungen umfassen:

- eingehende Untersuchung
- Untersuchung im Rahmen des Bonushefts
- Anleitung zu effektiver Mundhygiene
- Hinweise zur Reduktion von Risikofaktoren

Gegebenenfalls:

- Entfernung harter Beläge

Die Maßnahmen umfassen:

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

Weitere Informationen

Internet:
www.kzbv.de

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

Internet:
www.g-ba.de



Schutzimpfungen

Auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut bestimmt der G-BA die Einzelheiten zu den von Krankenkassen übernommenen Schutzimpfungen in seiner Schutzimpfungs-Richtlinie (www.g-ba.de/richtlinien/60). Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen in ihren Satzungsleistungen für ihre Versicherten die Kostenübernahme von weiteren Impfungen vorsehen. Hierzu können zum Beispiel bestimmte Reiseschutzimpfungen zählen. Mehr Informationen zu den von der STIKO empfohlenen Impfungen erhalten Sie in Kapitel 4 der Broschüre „Ratgeber Impfen“ des Bundesministeriums für Gesundheit (siehe Seite 200).

Leistung

Beschreibung

Grundimmunisierung für Säuglinge, Kinder, Jugendliche

Impfungen, die von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit sind. Die einzelnen Impfungen sind empfohlenen Impfterminen zugeordnet.



Impfung

- Rotaviren
- Diphtherie
- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
- Pertussis (Keuchhusten)
- Hepatitis B
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)
- Varizellen (Windpocken)
- Pneumokokken
- Meningokokken B
- Meningokokken C
- HPV (Humanes Papillomvirus)

Weitere Informationen

www.rki.de

www.impfen-info.de

Leistung**Beschreibung**

Auffrischimpfungen für
Kinder und Jugendliche

Standard- beziehungsweise Auffrischimpfungen für Erwachsene	Impfungen, die Erwachsene erhalten beziehungsweise regelmäßig aufgefrischt werden sollen
---	--

Impfung**Weitere
Informationen**

- zweimal Diphtherie
- zweimal Tetanus (Wundstarrkrampf)
- 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 [Keuchhusten])
- Masern (nach 1970 geborene Personen über 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit)
- COVID-19 (≥ 3 Antigenkontakte, davon mindestens eine Impfung)

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

Ab 60 Jahren:

- COVID-19 (≥ 3 Antigenkontakte, davon mindestens eine Impfung) sowie eine jährliche Auffrischung im Herbst
- Influenza ([Grippe] jährlich im Herbst)
- Pneumokokken
- Herpes Zoster (Gürtelrose)

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

Leistung**Beschreibung**

Indikationsimpfungen

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

Berufsbedingte
Indikationen

Impfungen aufgrund eines erhöhten beruflichen beziehungsweise arbeitsbedingten Risikos und/oder zum Schutz Dritter im Rahmen der beruflichen Tätigkeit

Impfung**Weitere
Informationen**

-
- COVID-19
 - FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
 - Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
 - Hepatitis A und B
 - Influenza (Grippe)
 - Masern
 - Mpox/Affenpocken
 - Meningokokken
 - Pertussis (Keuchhusten)
 - Pneumokokken
 - Poliomyelitis (Kinderlähmung)
 - Röteln
 - Varizellen (Windpocken)

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

-
- Mpox/Affenpocken
 - FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
 - Gelbfieber
 - Hepatitis A und B
 - Influenza (Grippe)
 - Japanische Enzephalitis
 - Masern/Mumps/Röteln
 - Meningokokken
 - Pertussis (Keuchhusten)
 - Pneumokokken
 - Poliomyelitis (Kinderlähmung)
 - Tollwut
 - Varizellen (Windpocken)

www.rki.de

Schwangerschaftsvorsorge/Nachsorge

Zur 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

Zu den Vorsorge- und Nachsorgeleistungen gehören unter anderem:

- 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
-

Weitere Informationen

Mutterschafts-Richtlinie

Internet: www.g-ba.de

Chlamydien-Screening für Frauen

Die genitale Chlamydia-trachomatis-Infektion ist weltweit die häufigste sexuell übertragbare bakterielle Erkrankung und birgt das Risiko einer ungewollten Sterilität, von Schwangerschaftskomplikationen und Infektionen der Neugeborenen. Daher wird allen Frauen unter 25 Jahren einmal jährlich und bei Schwangerschaft eine Untersuchung auf Chlamydien angeboten. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Auch bei Vorliegen von Beschwerden, die auf eine Chlamydien-Infektion hinweisen, oder wenn bei der Partnerin oder dem Partner eine Chlamydien-Infektion diagnostiziert wurde, werden die Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

Anmerkungen

Früherkennungstest auf Chlamydien bei Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr einmal jährlich

Weitere Informationen

G-BA-Patienteninformation
Screening auf Chlamydien-trachomatis-Infektion

Internet: www.g-ba.de

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die GKV übernimmt die Kosten für 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 des G-BA	eine Untersuchung direkt nach der Geburt (APGAR), neun weitere in den ersten sechs Lebensjahren (U1 bis U9)
J-Untersuchung (Jugendgesundheits- untersuchung)	regulär zwischen dem 13. und 14. Geburtstag (± ein Jahr)	eine Untersuchung



Alle Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche im Überblick finden Sie in der nachfolgenden Tabelle. Ausführliche Informationen zu den U-Untersuchungen und zur J-Untersuchung finden Sie im Onlineportal zur Kindergesundheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter www.kindergesundheit-info.de.

Anmerkungen

Weitere Informationen

Impfberatung und Prüfung der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes, 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

Kinder-Richtlinie

Internet:
www.g-ba.de

Anamnese unter anderem im Hinblick auf:

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

Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

Internet:
www.g-ba.de

Klinisch-körperliche Untersuchungen, unter anderem:

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

4

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.



4.1 Verbesserung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung

In Deutschland gilt die freie Arztwahl. Gesetzlich Versicherte können jede Ärztin und jeden Arzt aufsuchen, die oder der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder hierzu ermächtigt ist. Das kann sowohl eine Hausärztin oder ein Hausarzt als auch eine Fachärztin oder ein Facharzt, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine andere ambulante Einrichtung sein. Gleiches gilt für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die zur (vertrags-) psychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind.

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 ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen zu verbessern. Gestärkt wurden darüber hinaus die Rechte der Patientinnen und Patienten und es wurden zahlreiche Maßnahmen zur Integration der Digitalisierung im Behandlungsablauf vorgenommen. Zudem wurde für eine auch in Zukunft gute Versorgung in Krankenhäusern gesorgt. Alles, was Sie über einen Krankenhausaufenthalt wissen müssen, finden Sie in der Broschüre „Ratgeber Krankenhaus“ des Bundesministeriums für Gesundheit (*siehe Seite 200*).

4.1.1 Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum

Im Gegensatz zu Städten und Ballungsgebieten stellt die ärztliche Versorgung in vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen eine große Herausforderung dar. In unterversorgten Gebieten gab es schon in der Vergangenheit durch Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Möglichkeit, Anreize für eine Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten zu

schaffen. Möglich ist zum Beispiel auch die Vergabe von Stipendien, die dazu verpflichten, später als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt in einem bestimmten Gebiet tätig zu werden. Hinzu kommen Hilfen bei der Niederlassung und der Übernahme einer Praxis sowie Zuschläge zur Vergütung, beispielsweise zur Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die Strukturfonds der KVen aufgestockt und verbindlicher ausgestaltet: Die KVen haben nun sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden. Zudem wurden die möglichen Verwendungszwecke erweitert. Gefördert werden können nun unter anderem die Investitionskosten bei Praxisübernahmen oder die Errichtung von Eigeneinrichtungen (durch KVen) und lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt hat, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist, besteht nach sechs Monaten sogar eine Verpflichtung zum Betrieb solcher Eigeneinrichtungen. Die kann auch in telemedizinischen oder mobilen Versorgungsformen erfolgen.

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 Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten können zudem nunmehr zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte oder für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen werden, soweit dies von den Ländern so bestimmt wird.

Darüber hinaus wurden Ärztinnen und Ärzte weiter entlastet, indem die Einsatzmöglichkeiten für qualifiziertes nichtärztliches Personal im Rahmen delegationsfähiger Leistungen gestärkt wurden. Krankenhäusern wurde es erleichtert, ambulante ärztliche Versorgung zu leisten, wenn der Bedarf an 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. Um mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung zu gewinnen, wurde mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ unter anderem die sogenannte Landarztquote vereinbart. Durch diese ist es möglich, dass Bewerberinnen und Bewerber, die später in ländlichen Regionen hausärztlich tätig sein möchten, in einem gesonderten Verfahren zum Medizinstudium zugelassen werden können. Die Mehrzahl der Länder hat die Landarztquote bereits eingeführt. Um die gesamte hausärztliche Versorgung zu stärken, haben die meisten Länder die Landarztquote auch für solche Bewerberinnen und Bewerber geöffnet, die sich zu

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

In MVZ arbeiten mehrere Ärztinnen und Ärzte – oft auch in verschiedenen Fachrichtungen – unter einem Dach. Im Gegensatz zu den klassischen Teilnahmeformen (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft), bei denen die Praxisinhaber die ärztliche Tätigkeit in der Regel persönlich ausüben haben, zeichnen sich MVZ insbesondere durch eine organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit aus. Zum Teil sind im gleichen Gebäude auch noch andere Anbieter von Gesundheitsleistungen tätig, wie zum Beispiel Physio- oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten. In diesen Fällen ist es möglich, sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie der Patientinnen und Patienten zu verständigen. Durch eine strukturierte und koordinierte Behandlung kann zum Beispiel die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arzneimittel besser aufeinander abgestimmt und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Bei MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern ist es zudem möglich, die stationäre und die ambulante Behandlung enger aufeinander abzustimmen und eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu gewährleisten.

einer späteren Weiterbildung im gesamten hausärztlichen Bereich, also auch in der Inneren Medizin und der Kinder- und Jugendmedizin, verpflichten.

Telemedizin verbessert die Versorgung im ländlichen Raum

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 seither durch die Gesetzgebung weiter vorangebracht. So wurden beispielsweise telemedizinische Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung auch für solche Fälle als zulässig erklärt, in denen es zu keinem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt 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.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) wurde die Telemedizin weiter ausgebaut. Heilmittelerbringende können nun ebenfalls telemedizinische Leistungen anbieten. Für Hebammen haben die Vertragsparteien des Hebammenhilfvertrags zu bestimmen, welche Leistungen telemedizinisch erbracht werden können. Inzwischen können auch psychotherapeutische Akutbehandlungen im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden. Auch im Notdienst wird die telemedizinische Versorgung ausgebaut.

Diese Digitalisierungsmaßnahmen ermöglichen unter anderem eine zeitnahe medizinische Versorgung, die Distanzen problemlos überwinden kann – so kann zum Beispiel das Fachwissen von Expertinnen und Experten unabhängig vom Wohnort der Patientinnen und Patienten unmittelbar zur Verfügung

gestellt werden, eine Notfallsituation eingeschätzt oder medizinischer Rat eingeholt werden.

4.1.2 Verbesserung der ärztlichen Weiterbildungsförderung

Die Förderung bestimmter ärztlicher Weiterbildungen wurde in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut. Bereits im Jahr 2015 stieg die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin von 5.000 auf 7.500. Im Jahr 2019 wurde zusätzlich die Weiterbildung der grundversorgenden Fachärztinnen und Fachärzte noch einmal verbessert, indem die Anzahl der bundesweit zu fördernden Stellen von 1.000 auf bis zu 2.000 Stellen erhöht wurde. Zudem wurde ausdrücklich eine Förderung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin vorgegeben. Explizit geregelt wurde, dass eine Förderung von mindestens 250 Kinder- und Jugendärztinnen beziehungsweise -ärzten vorzusehen ist. Weiterzubildende in der ambulanten Versorgung sollen durch die Förderung die gleiche Vergütung wie Assistenzärztinnen und -ärzte im Krankenhaus erhalten.

4.1.3 Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

Um die psychotherapeutische Versorgung zu stärken, hat der G-BA in seiner Psychotherapie-Richtlinie die Regelungen des Therapieangebots deutlich flexibilisiert. Das betrifft insbesondere die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden als niedrigschwelligem Zugang, die Förderung von Gruppentherapien sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Zudem wurden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Termine für ein Erstgespräch im Rahmen einer solchen psychotherapeutischen Sprechstunde und für die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungen zu vermitteln (*siehe hierzu auch Kapitel 4.5 ab Seite 124*).

Daneben wurden die Befugnisse der Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verordnung bestimmter Leistungen im Laufe der Zeit immer mehr erweitert. So können sie zum Beispiel Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankentransporte, Krankenhausbehandlung, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege und Ergotherapie verordnen. Darüber hinaus können Psychotherapeutinnen und -therapeuten nun auch Videosprechstunden anbieten.

4.1.4 Verbesserung der Versorgung durch Hebammen

Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe, einschließlich der freien Wahl des Geburtsortes, ist für das Bundesministerium für Gesundheit ein wichtiges Anliegen. Zur Erreichung dieses Zieles wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die für die Ausübung des Hebammenberufs maßgeblichen Bedingungen zu verbessern. So haben freiberufliche Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag, der ihre finanzielle Belastung durch die Versicherungsprämien erheblich reduziert. Zudem wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) der Regressanspruch von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflichen Hebammen eingeschränkt. Dies trägt zu einer verminderten Inanspruchnahme der Haftpflichtversicherung und damit zu einer langfristigen Stabilisierung der Versicherungsprämien bei und sichert eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe.

Zudem wurde die Dauer, während der sich Versicherte im Wochenbett von einer Hebamme betreuen lassen können, auf 12 Wochen verlängert. Auf ärztliche Anordnung hin kann die Betreuung auch noch länger in Anspruch genommen werden.

Die flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe ist eine wichtige Voraussetzung für die freie Wahl des Geburtsorts.

Zur Unterstützung von Familien, die eine freiberufliche Hebamme suchen, stellt der GKV-Spitzenverband aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung auf seiner Website ein elektronisches Suchverzeichnis zur Verfügung, dessen zusätzliche Angaben kontinuierlich überprüft und erweitert werden. Mithilfe des Zugriffs auf eine umfassende Datenbank wird die Suche nach Hebammen ermöglicht, die im Umkreis der Versicherten tätig sind.



4.2 Wahltarife für besondere medizinische Versorgungsformen

4.2.1 Hausarztzentrierte Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie eignen sich besonders als erste Anlaufstelle für Versicherte, um die gesamte Behandlung zu koordinieren, da sie in der Regel mit der Krankheitsgeschichte und den persönlichen Lebensumständen ihrer Patientinnen und Patienten besonders vertraut sind. Sie beraten ihre Patientinnen und Patienten bei Therapieentscheidungen und sprechen mit ihnen die nächsten Behandlungsschritte ab, zum Beispiel, ob gegebenenfalls eine Weiterbehandlung in einer Klinik oder bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sinnvoll ist.

Wenn Sie einen Wahltarif für hausarztzentrierte Versorgung abschließen, 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 diese Verpflichtung erhalten Sie von Ihrer Kasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen. Jede gesetzliche Krankenkasse muss für die hausarztzentrierte Versorgung ihren Versicherten einen speziellen Wahltarif anbieten.

4.2.2 Integrierte Versorgung

Bei der integrierten Versorgung geht es um die Verzahnung der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem – also um die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung, von Rehabilitation und vielen anderen Leistungsanbietern. Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Angehörige anderer Heilberufe arbeiten in der integrierten Versorgung zusammen – und das von Anfang an auf einer gemeinsamen Datenbasis. So entsteht eine Behandlung, in der

sich jede Fachrichtung bestmöglich und zum Wohl der Patientinnen und Patienten einfügt (integriert).

Die Krankenkassen übernehmen bei der integrierten Versorgung mehrere Aufgaben: die Koordination sowie Organisation der Therapie und eine einheitliche Qualitätssicherung. Dafür haben sie 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.



4.2.3 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, COPD, chronischen Rückenschmerz, Osteoporose, Depressionen, rheumatoide Arthritis und Adipositas – hat der G-BA Richtlinien beschlossen, damit die gesetzlichen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme anbieten können.

In diesen Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie Personen in anderen Heilberufen 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 auf die Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtete 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.

4.3 Zahnärztliche Behandlung

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.

Wie bei der gesamten ärztlichen Versorgung gilt auch hier: Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten nur, wenn Sie als versicherte Person eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt in Anspruch nehmen, die oder der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist.

4.3.1 Zahnärztliche Leistungen

Jährliche Kontroll-/Bonusuntersuchung

Hier belohnt Ihre Krankenkasse Sie für regelmäßiges vorsorgliches Verhalten, indem sie Ihnen einen höheren Festzuschuss beim Zahnersatz gewährt, den sogenannten Bonus. Dafür müssen Sie ein Bonusheft führen, in dem die Kontroll-/Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert werden.

Kinder und Jugendliche ab einem Alter von sechs Monaten bis einschließlich 17 Jahre (beziehungsweise deren Eltern) erhalten unter anderem eine Aufklärung über eine zahngesunde Ernährung und Mundhygiene, Fissuren- und Grübchenversiegelungen der bleibenden großen Backenzähne und gegebenenfalls Fluoridierungen der Zähne.

Zahngesundheit von Pflegedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen haben 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 und die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans. Pflege- und Unterstützungspersonen sollen in die Beratung und die Erstellung des Mundgesundheitsplans mit einbezogen werden.

Zahnärztliche Behandlung

Diese umfasst alle 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 die Entfernung harter Zahnbeläge („Zahnsteinentfernung“), Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen, kieferchirurgische und parodontologische Leistungen und Erkrankungen der Mundschleimhaut. Diese Leistungen sind grundsätzlich für Sie zuzahlungsfrei. 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 muss Ihre Zahnärztin oder Ihr Zahnarzt vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Vereinbarung mit Ihnen 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.

4.3.2 Kosten für Zahnersatz

Zahnersatz beinhaltet festsitzenden Zahnersatz (Kronen, Teilkronen und Brücken), herausnehmbaren Zahnersatz (Teil-, Totalprothesen und Interimsprothesen) sowie kombinierten Zahnersatz (Kombination aus festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz).

Welche Leistungen erstattet die Krankenkasse?

Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz leistet die gesetzliche Krankenkasse einen sogenannten befundbezogenen Festzuschuss. Dessen Höhe orientiert sich am zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung – der sogenannten Regelversorgung. Prophetische 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. Die über den Festzuschuss hinausgehenden Kosten müssen Versicherte selbst zahlen, auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen sie selbst auf.



Der befundbezogene Festzuschuss umfasst 60 Prozent des für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Betrags. 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 70 Prozent und nach zehn Jahren ununterbrochener Inanspruchnahme auf 75 Prozent der Kosten der Regelversorgung.

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.

Härtefallregelungen für Zahnersatz

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt das Einkommen der Versicherten unter einer bestimmten Einkommensgrenze, erhalten sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen. 2023 liegt diese monatliche Bruttoeinkommensgrenze für Alleinstehende bei 1.358 Euro. Mit einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze auf 1.867,25 Euro, für jeden weiteren Angehörigen um weitere 339,50 Euro. Angehörige im Sinne der Härtefallregelung sind Eheleute und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie familienversicherte Kinder. Bei Personen, die Sozialhilfe, Bürgergeld 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 Wohnheimen, 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. Für die Höhe dieses weiteren Betrags gilt die Regel, dass jede beziehungsweise jeder Versicherte höchstens eine Zuzahlung bis zum Dreifachen des Betrags selbst leisten muss, um den ihr beziehungsweise sein Einkommen von den oben genannten Einkommensgrenzen abweicht. Der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag darf auch hier insgesamt nicht über die tatsächlich entstandenen Kosten hinausgehen.

Durchgerechnet

Ein alleinstehendes Mitglied hat ein Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.386 Euro. Damit liegt er 28 Euro über 1.358 Euro, der für ihn maßgebenden Einnahmegrenze. 28 Euro multipliziert mit 3 ergibt 84 Euro.

Die **Eigenbeteiligung** für Zahnersatz beträgt mithin höchstens

84 Euro.



4.4 Versorgung im Krankenhaus

Die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten liegt bei den Ländern. Sie stellen sogenannte Krankenhauspläne auf und entscheiden über die Zulassung von Krankenhäusern. Danach gab es in Deutschland im Jahr 2022 insgesamt 1.893 Krankenhäuser mit 480.382 Betten (Quelle: Statistisches Bundesamt: Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2022).

Erst wenn Ihre niedergelassene Haus- oder Fachärztin oder Ihr niedergelassener Haus- oder Facharzt alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um Ihre Erkrankung zu heilen oder zu lindern, kann die teil- oder vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig werden und das Krankenhaus kann mit Ihrer Einwilligung anstelle einer vollstationären Behandlung auch eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Das kann zum Beispiel bei einem größeren operativen Eingriff der Fall sein oder bei einer Behandlung, die eine besondere technische Ausstattung erfordert. Darüber hinaus stehen die Krankenhäuser natürlich für Notfälle zur Verfügung, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung notwendig ist und eine ambulante Behandlung bei einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt nicht möglich ist.

Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, sondern um eine geplante stationäre Behandlung, haben Sie das Recht, sich ein Krankenhaus auszusuchen. Denn in Deutschland gilt neben der freien Arztwahl grundsätzlich auch das Prinzip der freien Krankenhauswahl. Alle Versicherten können sich in allen zugelassenen Krankenhäusern behandeln lassen. Zugelassen sind die Hochschulkliniken sowie die Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden sind oder mit denen die Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Lediglich in Privatkliniken, für die keine dieser Voraussetzungen zutrifft, gilt dieses Recht nicht. In Notfällen ist aber auch dort eine Behandlung möglich.

Um in einem Krankenhaus behandelt zu werden, müssen Sie sich in aller Regel nicht vorher mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen. Liegt kein Notfall vor, brauchen Sie dafür eine Krankenseinweisung von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt. Die Ärztin oder der Arzt gibt dabei die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser an, die für die vorgesehene Behandlung geeignet sind. Sie können sich jedoch für ein anderes Krankenhaus entscheiden, wenn es sich dabei um ein zugelassenes Krankenhaus handelt. Wählen Sie ohne zwingenden Grund ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, kann die Krankenkasse allerdings verlangen, dass Sie eventuell anfallende Mehrkosten hierfür tragen.

Für ambulante Behandlungen gilt, dass diese grundsätzlich den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie MVZ obliegen, 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 -ärzte zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Das ambulante Versorgungsangebot von Krankenhäusern steht allen Versicherten zur Verfügung – die Behandlungskosten übernimmt die GKV. Kommen Sie für eine ambulante Behandlung in ein Krankenhaus, benötigen Sie allerdings in der Regel eine Überweisung von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt – in den meisten Fällen bedarf es dabei der Überweisung einer Fachärztin beziehungsweise eines Facharztes.

Weitere detaillierte Informationen rund um das Thema Krankenhaus wie zum Beispiel zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthaltes, zur Qualität in Krankenhäusern oder zu den Abläufen im Krankenhaus finden Sie in der Broschüre „Ratgeber Krankenhaus“ des Bundesministeriums für Gesundheit (siehe Seite 200).

4.5 Rehabilitation und Hilfen zu Hause

4.5.1 Medizinische 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 der Milderung ihrer Folgen dienen. Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen können ambulant oder stationär erfolgen; sie können am Wohnort (bei einer mobilen Rehabilitation sogar in der Wohnung der zu rehabilitierenden Person oder auch zum Beispiel in einer Pflegeeinrichtung), in einer anerkannten Rehabilitationsklinik oder in einer stationären Vorsorgeeinrichtung geleistet werden.

Wer ist für Rehabilitationsleistungen und Vorsorge zuständig?

Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der GKV, 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 der richtige Kostenträger ist, ist individuell zu entscheiden. Wenn Sie eine Rehabilitation und/oder eine Vorsorgeleistung in Anspruch nehmen wollen, sollten Sie zuerst mit



Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt darüber sprechen. Diese oder dieser prüft dann, ob eine Rehabilitationsleistung medizinisch notwendig ist. Der zuständige Sozialversicherungsträger entscheidet über die Bewilligung der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme. Wenn Sie eine Anschlussrehabilitation direkt nach einem Krankenhausaufenthalt benötigen, sollte der Antrag hierfür bereits im Krankenhaus gestellt werden. Hier kann Ihnen der Sozialdienst der Klinik als Ansprechpartner weiterhelfen.

Informationen zur Feststellung und Beantragung von Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit finden Sie in der Broschüre „Ratgeber Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit (*siehe Seite 201*).

Ambulante und stationäre Rehabilitation

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:

Bei der **stationären Rehabilitation** werden Patientinnen und Patienten in einer Einrichtung nicht nur behandelt, sie wohnen auch dort mit einer Versorgung rund um die Uhr.

Bei der **ambulanten Rehabilitation** wird täglich ein örtliches Rehazentrum oder eine Rehaklinik mit Kassenzulassung aufgesucht. Patientinnen und Patienten erhalten dort 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“: Bestimmte Leistungen der Rehabilitation und Vorsorge werden dann in der gewohnten Umgebung der Patientinnen und Patienten durch mobile Reha-Teams angeboten.

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 auch in der stationären Pflegeeinrichtung Rehabilitationsleistungen erhalten.

Rehabilitation für 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.

Erstattung der Leistungen für Rehabilitation und Vorsorge

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

Kann man seine Rehabilitationseinrichtung selbst auswählen?

Sie 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 Ihren Wünschen zu

entsprechen. Bei dieser Entscheidung der Krankenkasse sind natürlich auch Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen.

Wenn Ihre Krankenkasse Ihnen eine Reha-Einrichtung zugewiesen hat, Sie aber eine andere Einrichtung wählen wollen, müssen Sie dafür gegebenenfalls einen Anteil selbst tragen. Mehrkosten sind nicht zu tragen, wenn sie angemessen sind.

Transparenz

Mit dem Qualitätssicherungsverfahren Rehabilitation der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha[®]-Verfahren) gibt es ein einrichtungsübergreifendes und vergleichendes Qualitätssicherungsverfahren für Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Die Ergebnisse können von allen Krankenkassen eingesehen werden. Damit auch die Versicherten Rehabilitationseinrichtungen vergleichen und so ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver ausüben können, ist auf der QS-Reha[®]-Internetseite des GKV-Spitzenverbandes die sogenannte Einrichtungssuche abrufbar (www.qs-reha.de/einrichtungssuche/einrichtungssuche.jsp). Das Modul soll insbesondere für Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte das Versorgungsgeschehen transparenter machen. Für den Bereich der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung wird ebenfalls im Internet über eine passende Einrichtung für die Rehabilitation oder die Qualität verschiedener Rehabilitationseinrichtungen informiert („Meine Rehabilitation“; www.meine-rehabilitation.de).



Welche Zuzahlungen müssen Versicherte leisten?

Alle Patientinnen und Patienten über 18 Jahre müssen Zuzahlungen leisten. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Dabei gelten folgende Regelungen:

- Zuzahlung von 10 Euro am Tag bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation.
- Die Zuzahlung ist bei Anschlussrehabilitationen auf 28 Tage begrenzt. Hierbei werden bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen angerechnet.
- Die persönliche Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent des Bruttoeinkommens oder ein Prozent bei schwerwiegender chronischer Erkrankung.

Sobald Versicherte ihre Belastungsgrenze erreicht haben, können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen stellen und werden dann für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.



Durchgerechnet

$$18 \text{ Tage Krankenhaus} + 22 \text{ Tage Anschlussrehabilitation} = 40 \text{ Tage}$$

Zuzahlung

$$\text{nur } 28 \text{ Tage} \times 10 \text{ Euro} = 280 \text{ Euro}$$

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.

4.5.2 Häusliche Krankenpflege

In der GKV haben Sie neben der ärztlichen Behandlung einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Dabei erhalten Sie in Ihrem Haushalt, Ihrer Familie oder an einem sonst geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, eine häusliche Krankenpflege, soweit eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).

Darüber hinaus erhalten Sie häusliche Krankenpflege, wenn dies zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Voraussetzung dafür ist, dass Sie wegen Krankheit der ärztlichen Heilbehandlung bedürfen und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Ihre Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, ob es sich dabei nur um Behandlungspflege handeln soll oder ob auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden. Ihr Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht jedoch nur dann, wenn keine in Ihrem Haushalt lebende Person Sie in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus kann eine häusliche Krankenpflege 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. Diese Verordnung im Rahmen des Entlassungsmanagements kann einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen umfassen.

Bei Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, bestehen erweiterte Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie die Leistung der Kurzzeitpflege nach dem Recht der Krankenversicherung. Mit diesem Kurzzeitpflegeanspruch wurde in der GKV ein vollständig neuer Leistungsanspruch für die Versicherten entsprechend der Leistung der sozialen Pflegeversicherung geschaffen. Mit dieser Regelung wurde die Versorgungslücke für Versicherte geschlossen, bei denen noch keine Hilfebedürftigkeit vorliegt, die sich aber auch nicht allein zu Hause versorgen können. 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).

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Recht der Pflegeversicherung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der sogenannten Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist.

Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

4.5.3 Haushaltshilfe

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

- wenn wegen einer Krankenhausbehandlung oder bestimmter anderer Leistungen wie Rehabilitationsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und
- 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, wenn keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Manche Kassen zahlen allerdings auch, wenn ältere oder gar keine Kinder im Haushalt leben. Informieren Sie sich darüber direkt bei Ihrer Krankenkasse.

Ihre Zuzahlung für die Haushaltshilfe beträgt zehn Prozent der täglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro. Bei Haushaltshilfen im Rahmen von Schwangerschaften und Entbindungen entfallen die Zuzahlungen.



4.6 Stärkung der Patientenrechte

Terminvermittlung

Damit Sie nicht zu lang auf einen Arzt- oder Psychotherapeutetermin warten müssen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dazu verpflichtet, sogenannte Terminservicestellen (TSS) zu betreiben. Diese sind unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche telefonisch erreichbar. Zusätzlich stellen die KVen auch digitale Angebote zur Verfügung. Die TSS ist damit auch über die Website www.116117.de oder über die App 116117.app erreichbar.

Für die Vermittlung von Facharztterminen über die TSS bedarf es grundsätzlich einer Überweisung. Liegt diese vor, sollen die TSS innerhalb einer Woche einen Termin bei einer niedergelassenen Fachärztin oder bei einem niedergelassenen Facharzt in zumutbarer Entfernung vermitteln. Sollte dies nicht möglich sein, haben die TSS einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten. Bei verschiebbaren Routineuntersuchungen sowie in Fällen von Bagatellerkrankungen hat die TSS jedoch einen Behandlungstermin in einer dem konkreten Behandlungsbedarf angemessenen Frist zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Terminen bei Hausärztinnen und Hausärzten, Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten, Augenärztinnen und Augenärzten, Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedarf es keiner Überweisung. Wird eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, haben die TSS Termine für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und für die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungen zu vermitteln.

In Akutfällen ist es die Aufgabe der TSS, eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Dabei kann es sich um eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis, die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder (in geeigneten Fällen) auch eine telefonische ärztliche Konsultation handeln. Einer Überweisung bedarf es in diesen Fällen nicht. Für psychotherapeutische Akutbehandlungen gilt, dass hier die Wartezeit maximal zwei Wochen betragen darf.

Schließlich sollen die TSS Sie auch bei der Suche nach einer Haus- oder Kinder- und Jugendärztin beziehungsweise einem Haus- oder Kinder- und Jugendarzt unterstützen, die oder der Sie dauerhaft versorgen kann. Darüber hinaus sollen die TSS auch bei der Suche nach einem Angebot zur Versorgung mit telemedizinischen Leistungen unterstützen.

Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung

Bei manchen planbaren Operationen kann eine Unsicherheit bestehen, ob sie medizinisch zwingend geboten sind und sich nicht vermeiden lassen. In diesen Fällen haben Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf ein sogenanntes strukturiertes Zweitmeinungsverfahren auf Kosten der Krankenkassen. Die Ärztin oder der Arzt, die beziehungsweise der eine Zweitmeinung abgibt, muss dazu besonders qualifiziert sein, unter anderem durch eine langjährige fachärztliche Erfahrung in dem betreffenden Fachgebiet. Bei welchen Eingriffen Sie konkret Anspruch auf eine Zweitmeinung haben, legt der G-BA fest. Bislang wurden vom G-BA folgende Eingriffe beschlossen, für die ein Zweitmeinungsverfahren zugelassen ist: Mandeloperationen, Gebärmutterentfernungen, Gelenkspiegelungen (Arthroskopien) an der Schulter, Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, Kniegelenkersatz, Operationen an der Wirbelsäule, Entfernung der Gallenblase, kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen sowie Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators. Um den Rechtsanspruch der

Versicherten auf ein Zweitmeinungsverfahren zu stärken, wurde der G-BA im Jahr 2021 mit dem GVWG verpflichtet, jährlich mindestens zwei weitere Verfahren in die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren aufzunehmen, und er berät bei weiteren Verfahren für einen Zweitmeinungsanspruch. Zuletzt hat der G-BA am 16. November 2023 den Zweitmeinungsanspruch bei Eingriffen zum Hüftgelenkersatz (trat am 1. Juli 2024 in Kraft) und am 21. Dezember 2023 bei Operation von Aortenaneurysmen (tritt am 1. Oktober 2024 in Kraft) beschlossen. Darüber hinaus stellt der G-BA weitere Informationen zu den Eingriffen, für die ein Zweitmeinungsverfahren geregelt ist, sowie Patientenmerkblätter – auch in leichter Sprache – auf seinen Internetseiten bereit: www.g-ba.de/richtlinien/107.

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. Die KBV informiert auf ihrer Website mit einem Arztsuchportal auch über Ärztinnen und Ärzte, die eine unabhängige Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit eines vorgesehenen Eingriffs erbringen können.

Unabhängig von diesem Verfahren bieten einige Krankenkassen ihren Versicherten eigene Zweitmeinungsverfahren für verschiedene schwerwiegende Erkrankungen an und übernehmen entsprechende Kosten als Satzungsleistung. Über die Voraussetzungen informiert Sie Ihre Krankenkasse.

Verbesserungen für chronisch Kranke

Für chronisch Kranke werden weitere strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) entwickelt (siehe Kapitel 4.2.3 ab Seite 116). Der G-BA hat im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) den Auftrag erhalten, hierfür weitere chronische Erkrankungen festzulegen.

Darüber hinaus haben Mitglieder 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 Mitglieder, die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (etwa wegen einer Chemotherapie oder einer bestimmten Form der Dialyse).

Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der Versorgung

Die Zunahme von Mehrfacherkrankungen und chronischen Erkrankungen bedeutet auch eine Herausforderung für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. Deshalb wurde zur Förderung innovativer, insbesondere sektorenübergreifender Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung ein Innovationsfonds geschaffen. Dabei steht ein jährliches Fördervolumen von 200 Millionen Euro zur Verfügung, um gezielt Projekte zu fördern, die neue Wege in der Versorgung beschreiten. Weitere Informationen finden Sie unter innovationsfonds.g-ba.de.

Verbesserungen in der medizinischen Rehabilitation

Bei medizinischen Rehabilitationen haben Sie durch das GKV-VSG ein größeres Wunsch- und Wahlrecht. Sie können jetzt zertifizierte Reha-Einrichtungen auch unabhängig davon wählen, ob diese einen Versorgungsvertrag mit Ihrer Krankenkasse abgeschlossen haben. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsgesetz (IPReG) wurde der Mehrkostenanteil für eine Rehabilitation halbiert, den Sie gegebenenfalls tragen müssen, wenn Sie eine andere als die von Ihrer Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung wählen. Die Mindestwartezeit für eine erneute Reha von Kindern und Jugendlichen wurde gestrichen. Ebenfalls wurde der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erleichtert: Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte stellen die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Bei anderen Indikationen kann die Krankenkasse von der Verordnung nur nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst abweichen.



4.7 Angebote für besondere Personengruppen

4.7.1 Angebote für werdende Mütter

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

- ärztliche Betreuung einschließlich der Schwangerenversorgung
- 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
 - ambulante Entbindung zu Hause oder in einer hebammengeleiteten Einrichtung, wie zum Beispiel einem Geburtshaus (Geburtshäuser erhalten einen Betriebskostenzuschuss von den Krankenkassen)
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt stehen
- Hebammenhilfe in der Schwangerschaft und im Wochenbett (neben der Betreuung bei der Entbindung, s. o.)
- 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 GKV

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.

4.7.2 Angebote für psychisch kranke Menschen**Zugang zur Psychotherapie**

Versicherte in der GKV können ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes zugelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anspruch nehmen, wenn sie psychisch krank sind. Dabei stehen ihnen neben den psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten auch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten beziehungsweise nach den reformierten Aus- und Weiterbildungsregeln aus-/weitergebildete zukünftige Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche behandeln Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr.

Die psychotherapeutische Sprechstunde stellt einen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten Psychotherapie dar. An die Sprechstunde können sich eine Akutbehandlung und sogenannte probatorische Sitzungen anschließen. Bei ihnen handelt es sich um 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 Verfahren werden bei der Krankenkasse beantragt. Die Anträge dazu stellen in der Regel die Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten. Ist jemand 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 10 Euro und mindestens 5 Euro. Eine individuelle Einheit dauert bis zu 60 Minuten, eine Gruppeneinheit dagegen immer 90 Minuten.

4.7.3 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. 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 über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung, informieren.

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 bei einem sterbenden Kind 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.

Verbesserungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

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 2015 geltende Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) fördert den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung – zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz und im Krankenhaus.

Für stationäre Hospize wurde die finanzielle Ausstattung verbessert. Zum einen ist der Mindestzuschuss der Krankenkassen gestiegen – vorher noch unterdurchschnittlich finanzierte Hospize erhalten einen höheren Tagessatz je betreute Versicherte beziehungsweise betreuten Versicherten. Zum anderen tragen die Kassen jetzt 95 statt wie vorher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten.

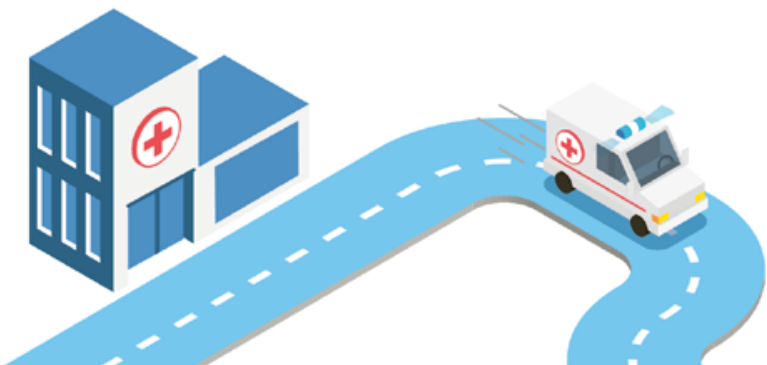
Für ambulante Hospizdienste werden bei den Zuschüssen neben den Personalkosten nun auch Sachkosten berücksichtigt (zum Beispiel Fahrkosten ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Zudem wird ein angemessenes Verhältnis von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sichergestellt.

Für die ambulante Palliativversorgung 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 Berufs-

gruppen 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.

In stationären Pflegeeinrichtungen gehören Maßnahmen der Sterbebegleitung zu einer Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Sterbebegleitung ist 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. Darüber hinaus besteht eine gesetzliche Grundlage dafür, 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.

In Krankenhäusern können zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung für Palliativstationen 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 hauseigene Palliativ-Teams aufbauen oder mit externen Diensten kooperieren.



4.7.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Kryokonservierung, Schwangerschaftsabbruch

Versicherte der GKV haben bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.

Wann 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 heterosexuelle Paare können unter bestimmten Voraussetzungen eine Förderung durch das Bundesfamilienministerium und ihr Hauptwohnsitzbundesland erhalten. Manche Bundesländer unterstützen zudem auch gleichgeschlechtliche Paare und Paare, die auf eine Samenspende angewiesen sind.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgewebe, wenn eine solche wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie (zum Beispiel Krebsbehandlung) medizinisch notwendig erscheint.

Übernimmt die Krankenkasse die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch?

Versicherte der GKV haben Anspruch auf Leistungen bei einem Abbruch der Schwangerschaft aus 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 erstattet.

4.8 Krankengeld und Fahrkosten

4.8.1 Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Mitglieder 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 (4.837,50 Euro im Monat; Stand 2021), 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?

Versicherte erhalten von ihrer Krankenkasse Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben und eine andere im Haushalt lebende Person dies nicht übernehmen kann. Der Anspruch auf Krankengeld besteht für jedes Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Nach dem Auslaufen der durch die Coronapandemie bedingten Sonderregelungen wurde der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes für die Jahre 2024 und 2025 von 10 auf 15 Tage pro Kind und Elternteil und für Alleinerziehende von 20 auf 30 Tage angehoben. Der Anspruch besteht längstens für die Dauer von 35 Tagen beziehungsweise 70 Tagen für Alleinerziehende.

Darüber hinaus hat der Elternteil, der das Kind während einer stationären Behandlung im Krankenhaus begleitet, ab 2024 unbegrenzt für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes Anspruch auf das sogenannte Kinderkrankengeld.

Dauer der Zahlungen von Krankengeld im Jahr 2024–2025

Gesetzlich versicherte Kinder unter 12 Jahren	Erwerbstätiger Elternteil	Alleinerziehende
ein Kind	max. 15 Arbeitstage	max. 30 Arbeitstage
zwei Kinder	max. 30 Arbeitstage	max. 60 Arbeitstage
drei und mehr Kinder	max. 35 Arbeitstage	max. 70 Arbeitstage

Anträge auf Kinderkrankengeld können bei der Krankenkasse gestellt werden. Krankenkassen können ein spezielles Antragsformular für das erweiterte Kinderkrankengeld verwenden. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

4.8.2 Fahrkosten

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 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 eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung 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.

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.

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.

Versicherte, die die genannten Anforderungen nicht erfüllen, 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 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Bei Fahrkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden.

5

**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.



5.1 Arzneimittel

Zulassung

Fertigarzneimittel 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.

Insbesondere wird bei der Zulassung der Nutzen in Abwägung der 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.

Sichere Anwendung

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder in Ihrer Apotheke.“ – Dieser Satz ist Bestandteil jeder Werbeanzeige für Arzneimittel. Er weist darauf hin, wie wichtig es ist, sich vor der Anwendung eines Arzneimittels eingehend über dessen Risiken zu informieren. Die Packungsbeilagen, auch Beipackzettel oder Gebrauchsinformationen genannt, dienen im Wesentlichen der Aufklärung über den Gebrauch sowie mögliche Nebenwirkungen des jeweiligen Arzneimittels. Jedoch treten bei Weitem nicht alle dort 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 zum Beispiel auch Fragen zu den Informationen in Packungsbeilagen angesprochen werden.

GKV-Versicherte, die dauerhaft für mindestens 28 Tage drei oder mehr verordnete Arzneimittel anwenden, haben seit 2016 ebenfalls Anspruch auf eine Art Beipackzettel: ihren persönlichen Medikationsplan. Mit dieser Information soll für Ärztin und Arzt, Apothekerin und Apotheker sowie für die Versicherten Transparenz im Hinblick auf die jeweils angewandten Arzneimittel hergestellt werden. Damit kann die Arzneimitteltherapie insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten sicherer gestaltet werden.

5.1.1 Verschreibungspflichtige Arzneimittel

Aufgrund des Arzneimittelgesetzes (AMG) 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. Näheres regelt die Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (AMVV). Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind zugleich grundsätzlich auch apothekenpflichtig. Zu ihnen zählen so wichtige Arzneimittel wie Antibiotika, Antidiabetika oder Arzneimittel zur Behandlung onkologischer Erkrankungen. Darüber hinaus müssen Betäubungsmittel wie zum Beispiel starke Schmerzmittel auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnet werden.

Zuzahlung

Versicherte zahlen für jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel pro Packung zehn Prozent des Verkaufspreises dazu, höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro. Die Zuzahlung beträgt jedoch nie mehr als die tatsächlichen Kosten des Mittels. Wenn zum Beispiel ein Arzneimittel 75 Euro kostet, liegt die Zuzahlung bei 7,50 Euro. Kostet ein Arzneimittel 200 Euro, beträgt die Zuzahlung 10 Euro. Wenn ein rezeptpflichtiges Arzneimittel 15 Euro kostet, zahlen Versicherte 5 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 20 Prozent günstiger 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 5.6 auf Seite 166*). 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.

Maßnahmen zur Senkung der Arzneimittelkosten

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 ungebremst weiterwachsen, denn das würde die Beitragslast der Mitglieder 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.

Die **Aut-idem-Regelung** verpflichtet Apothekerinnen und Apotheker, wirkstoffgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel abzugeben, wenn die Ärztin oder der Arzt einen Wirkstoff oder einen Handelsnamen verordnet und die Ersetzung nicht ausdrücklich ausschließt. Das besagt das Kästchen mit den Worten „aut idem“ direkt neben der ärztlichen Verordnung. Aut idem ist lateinisch und bedeutet „oder das Gleiche“. Um im Sinne dieser Regel als „gleich“ zu gelten, muss ein Arzneimittel über den gleichen Wirkstoff und Wirkstoffgehalt, die gleiche Packungsgröße sowie über die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform verfügen wie das ursprünglich verordnete Arzneimittel 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 ausschließen will, muss sie oder er das Aut-idem-Kästchen markieren, also durchstreichen. Das kann zum Beispiel bei schweren Allergien oder Unverträglichkeiten von Zusatzstoffen der Fall sein.

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 Referenzarzneimittel enthalten. Sie können erst auf den Markt kommen, wenn der Patentschutz eines neu entwickelten Arzneiwirkstoffs abgelaufen ist. Vor ihrem Markteintritt bedürfen Generika, wie auch die Referenzarzneimittel, einer behördlichen Zulassung. Diese läuft für ein Generikum grundsätzlich nach den gleichen Prinzipien ab wie für alle Arzneimittel, jedoch kann sich der Antrag in bestimmten Punkten auf die Unterlagen des Referenzarzneimittels beziehen. 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.

Generika gibt es sowohl für verschreibungspflichtige als auch für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zu Informationen über Generika fragen Sie Ihre Apothekerin oder Ihren Apotheker.





5.1.2 Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtig sind Arzneimittel, die aufgrund eines vertretbaren oder bekannten Ausmaßes an möglichen Nebenwirkungen auch ohne ärztliche oder zahnärztliche Überwachung angewendet werden können. Sie sind entweder apothekenpflichtig oder frei verkäuflich (auch außerhalb von Apotheken erhältlich). Zu den apothekenpflichtigen Arzneimitteln zählt unter anderem der überwiegende Teil an Erkältungs- oder Kopfschmerzmitteln.

Nicht apothekenpflichtig sind 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 (AMG) oder in der Verordnung über apothekenpflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel (AMVerkRV) 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.

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nicht staatlich festgelegt. Das bedeutet: Jede Inhaberin und jeder Inhaber einer öffentlichen Apotheke entscheidet selbst, zu welchem Preis sie oder er die Produkte anbietet. Oft wird ein bestimmter Wirkstoff wie der eines Kopfschmerzmittels von mehreren Herstellern angeboten. Hier kann sich die Frage nach einem preisgünstigen Arzneimittel lohnen.

Wann erstattet die Kasse nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?

Grundsätzlich werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel 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 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis bezahlt.

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

5.1.3 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensqualität

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

5.2 Heilmittel

Versicherte der GKV haben Anspruch auf medizinisch notwendige Heilmittel. Diese dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden, ergotherapeutische Behandlungen zusätzlich auch von Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten. Voraussetzung: Das Heilmittel hilft, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Ein Anspruch kann auch in weiteren Fällen bestehen, zum Beispiel um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern oder um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.

Zu den Heilmitteln gehören Maßnahmen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie für Patientinnen und Patienten mit einer seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankung oder Mukoviszidose.

Welche Heilmittel werden von der Krankenkasse erstattet?

Welche Heilmittel verordnungsfähig sind, ist in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA festgelegt. Im sogenannten Heilmittelkatalog, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, sind einzelnen Erkrankungsbildern Heilmittel zugeordnet, die verordnet werden können. Bei Fragen zur Heilmittel-Richtlinie können Sie sich an Ihre Krankenkasse, die Verordnerin oder den Verordner wenden.



Wie hoch ist die Zuzahlung bei Heilmitteln?

Die Zuzahlung bei Heilmitteln beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zehn Prozent der Kosten des Heilmittels zuzüglich 10 Euro je Verordnung, wobei diese mehrere Anwendungen umfassen kann.



Durchgerechnet

Sie erhalten die Verordnung einer Serie von sechs Massagen für je 17,57 Euro sowie sechs Wärmepackungen für je 14,58 Euro. Das ergibt bei den Zuzahlungen:

Zuzahlung für Massage:

$$10\% \text{ von } 17,57 \text{ Euro} = 1,76 \text{ Euro} \times 6 = 10,56 \text{ Euro}$$

Zuzahlung für Wärmepackung:

$$10\% \text{ von } 14,58 \text{ Euro} = 1,46 \text{ Euro} \times 6 = 8,76 \text{ Euro}$$

Kosten für Verordnung:

10,00 Euro

Gesamtzuzahlung:

29,32 Euro

5.3 Hilfsmittel

Zur Krankenbehandlung gehören nicht nur Arzneimittel, oft sind auch technische oder andere Hilfsmittel medizinisch notwendig, die zusätzlich unterstützen und bei der Heilung helfen. Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten. Sie umfasst unter anderem Sehhilfen, Hörhilfen, Prothesen, orthopädische und andere Hilfsmittel von Inkontinenzhilfen über Kompressionsstrümpfe bis hin zu Rollstühlen. Hilfsmittel können aber auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen (zum Beispiel bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen).

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. 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 Orientierung für Versicherte, 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 technischen Kontrollen.

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel muss von der Krankenkasse grundsätzlich vorher genehmigt werden, soweit diese nicht darauf verzichtet hat. Das gilt auch, wenn das Hilfsmittel von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt verordnet wurde.

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 10 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 5 Euro und maximal 10 Euro. In jedem Fall zahlen Mitglieder nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart.

Wo erhalten Mitglieder Hilfsmittel?

Die Versorgung der Mitglieder erfolgt über Vertragspartner der Krankenkassen. Mitglieder können grundsätzlich alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Bei berechtigtem Interesse können die Mitglieder ausnahmsweise auch andere Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende etwaige Mehrkosten müssen die Mitglieder aber selbst tragen.

Beispiele für die Erstattung von Hilfsmitteln

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 beispielsweise zur dauernden selbstständigen Überwachung des Krankheitsverlaufs brauchen.



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 G-BA festgelegt. Darüber hinaus haben erwachsene Versicherte einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt. Das ist der Fall, wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 bei bestmöglicher Brillenkorrektur gegeben ist oder eine Sehhilfe mit einer Brechkraft von mindestens 6,25 Dioptrien infolge von Kurz- oder Weitsichtigkeit oder von mindestens 4,25 Dioptrien infolge von Hornhautverkrümmung notwendig ist. Wenn ein Leistungsanspruch besteht, übernimmt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der vertraglich vereinbarten Preise, maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge.

5.4 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ist neben dem Anspruch der Versicherten auf Leistungen wie Hilfsmittel ein neuer Leistungsanspruch auf Versorgung mit DiGA eingeführt worden.

Was sind DiGA?

DiGA – auch Apps auf Rezept genannt – sind bestimmte Gruppen digitaler CE-gekennzeichneter Medizinprodukte, die die Versicherten etwa bei der Behandlung von Erkrankungen oder dem Ausgleich von Beeinträchtigungen unterstützen können. Anwendungsfelder wie Diabetologie, Gynäkologie, Kardiologie, Logopädie, Psychotherapie oder Physiotherapie vermitteln nur einen kleinen Überblick über die Vielzahl der Einsatzgebiete. Eine häufige Form sind Gesundheits-Apps für das Smartphone, aber es gibt auch browserbasierte Webanwendungen oder Software zur Verwendung auf klassischen Desktop-Rechnern.

Wie erhalte ich eine DiGA?

DiGA können von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet oder nach Genehmigung durch die Krankenkasse abgegeben werden. Nähere Informationen zu den Bezugswegen oder den Antragsfragen halten die Krankenkassen bereit. Voraussetzung ist, dass



die Anwendungen zuvor eine Prüfung auf Anforderungen wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Datensicherheit beim BfArM durchlaufen haben. Zugleich müssen DiGA einen positiven Versorgungseffekt nachweisen. Um Leistungserbringende und Versicherte über gute und sichere digitale Gesundheitsinformationen informieren zu können, wurde beim BfArM ein Verzeichnis für DiGA eingerichtet (diga.bfarm.de/de). Es enthält neben der Aufzählung erstattungsfähiger DiGA eine Vielzahl weitergehender Informationen für die Versicherten und Leistungserbringenden.

Übertragung therapierelevanter Daten

Derzeit können Patientinnen und Patienten therapierelevante Daten wie etwa Blutzuckerwerte in Form eines einfachen Datenauszugs für die Ärztinnen und Ärzte erstellen. Zudem ist es bei vielen DiGA möglich, Daten in ihre elektronische Patientenakte einzustellen.

Zudem wurde mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) ein Anspruch pflegebedürftiger Personen, die zu Hause gepflegt werden, auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen geschaffen. DiPA können von der pflegebedürftigen Person selbst oder in Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Sie können Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dabei helfen, ihren pflegerischen Alltag besser zu bewältigen und zu organisieren. Bei den DiPA handelt es sich um eine Leistung der Pflegeversicherung. Detailliertere Informationen zu DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen bietet die Broschüre „Ratgeber Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit (*siehe Seite 201*).

5.5 Apotheken

Bei der Abgabe von Arzneimitteln besteht eine Verpflichtung zur Information und Beratung der Patientinnen und Patienten in Apotheken. Der erforderliche Umfang kann unterschiedlich sein. Die Beratung muss sicherstellen, dass die notwendigen Informationen beispielsweise 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. Dies gilt auch für die Abgabe von apothekenpflichtigen Medizinprodukten.

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 Tipps zur Unterstützung des Heilungsprozesses runden in vielen Fällen die Beratungsleistungen ab. Im Falle eines Botendienstes kann die Beratung durch die Apotheke auch im Wege der Telekommunikation erfolgen.

Apotheken erbringen auch pharmazeutische Dienstleistungen, zum Beispiel eine erweiterte Medikationsberatung von Patientinnen und Patienten, die mehrere Arzneimittel anwenden, die pharmazeutische Betreuung von Patientinnen und Patienten, die Arzneimittel gegen Krebs einnehmen, und die erweiterte Einweisung von Patientinnen und Patienten, die Inhalatoren anwenden.

Gripeschutzimpfungen und COVID-19-Impfungen können auch durch Apotheken durchgeführt werden. Fragen Sie bei Interesse bei Ihrer Apotheke nach, ob sie die Durchführung dieser Schutzimpfungen anbietet.

Versandapotheken

Deutsche Apotheken, die Arzneimittel versenden, benötigen dazu die Erlaubnis der zuständigen Landesbehörde. Eine Voraussetzung für die Erteilung dieser Erlaubnis ist es, 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 vor der Abgabe das Rezept im Original vorliegen.

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.

Vorsicht vor Arzneimittelfälschern

Bei Onlinebestellungen sollten Sie unbedingt 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 EU 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 Ihnen, dass ein Versandhändler nach seinem jeweiligen nationalen Recht zum Onlinehandel mit Arzneimitteln 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. Das Logo ist mit dem jeweiligen nationalen Register verlinkt. In Deutschland wird

dieses Register vom BfArM geführt. Nähere Informationen finden sich auf folgenden Websites:



www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Rapid-Alert-System/Arzneimittelfaelschungen/Arzneimittelkauf-im-Internet/node.html und



Das EU-Sicherheitslogo für Websites von Internet-Arzneimittelhändlern



www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Arzneimittelinformationen/Versandhandels-Register/node.html

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.

5.6 Zuzahlungen

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

Wie hoch sind die Zuzahlungen?

Grundsätzlich leisten Mitglieder Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 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 10 Euro je Verordnung.

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 GKV getragen werden (*siehe Übersicht ab Seite 80*)
- empfohlenen Schutzimpfungen (*siehe Übersicht Seite 94*), entsprechend der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA
- Harn- und Blutteststreifen

5.6.1 Belastungsgrenzen für die Zuzahlung

Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der GKV 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:

- Die Versicherten müssen in einem Kalenderjahr nicht 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 4.2.3*

auf Seite 116) 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 unten angegebenen Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.
- Die Belastungsgrenzen gelten auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

Was gehört zu den Bruttoeinnahmen?

Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen: Das kann Arbeits-einkommen oder Rente sein, aber auch Miet- und Pachtein-nahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten.

Besondere Zuzahlungsregelungen für Familien

Für Familien gelten Freibeträge, die von den jährlichen Brutto-einnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen werden können. Die Höhe des Freibetrags richtet sich nach der sogenannten Bezugsgröße, dem Durchschnittswert der Jahreseinnahmen aller Versicherten (für das Jahr 2022 liegt dieser Wert bei 39.480 Euro). Im Jahr 2022 gilt ein Freibetrag in Höhe von 5.922 Euro. Für jedes minderjährige oder familienversicherte Kind des Mitglieds und der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners wird ein Freibetrag von derzeit 8.388 Euro (Stand 2022) berücksichtigt.

Alle Zuzahlungen, die Mitglieder und in der GKV versicherte Angehörige und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner leisten, werden zusammen berücksichtigt. So lassen sich Zuzahlungs- und Einnahmenhöhe errechnen und in ein Verhältnis zueinander setzen. Sobald Mitglieder die Belastungsgrenze erreicht haben, sind sie und ihre mitversicherten Familienmit-glieder für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

Was passiert bei Erreichen der Belastungsgrenze?

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.

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

Nicht vergessen!

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

Überall, wo Sie Zuzahlungen leisten, ist man verpflichtet, Ihnen Zuzahlungsbelege auszustellen. Aus diesen Belegen muss hervorgehen:

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

Zuzahlungsgrenze bei schwerwiegend chronisch Kranken

Hier liegt die Zuzahlungs-Belastungsgrenze bei einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. 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.
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.

Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (*siehe Kapitel 4.2.3 auf Seite 116*) teilnehmen, gilt ebenfalls die Ein-Prozent-Belastungsgrenze.

Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammen genommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, darüber informiert jede Krankenkasse.



5.6.2 Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen

Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt ...	Was müssen Sie zuzahlen?
... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln?	<p>10 Prozent des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Mittel</p> <p>Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels</p>
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege?	<p>10 Prozent der Kosten des Mittels beziehungsweise der Leistung zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt)</p>
... bei Hilfsmitteln?	<p>10 Prozent für jedes Hilfsmittel (zum Beispiel Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro</p> <p>In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels</p>
... im Krankenhaus?	<p>10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr</p>

Ausnahmen**Weitere Anmerkungen**

Beispiele:

Ein Arzneimittel kostet 10 Euro.
Die Zuzahlung beträgt den
Mindestanteil von 5 Euro

Ein Arzneimittel kostet 75 Euro.
Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent des
Preises, also 7,50 Euro

Ein Arzneimittel kostet 120 Euro.
Die Zuzahlung ist auf maximal
10 Euro begrenzt

Beispiel:

Wenn auf einem Rezept sechs
Massagen verordnet werden,
beträgt die Zuzahlung 10 Euro
für diese Verordnung und zusätzlich
10 Prozent der Massagekosten

Hilfsmittel, die zum Verbrauch
bestimmt sind (zum Beispiel Inkonti-
nenzhilfen): Zuzahlung von
10 Prozent je Verbrauchseinheit, aber
maximal 10 Euro pro Monat

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

Was gilt ...	Was müssen Sie bezahlen?
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation?	10 Euro pro Tag, bei Anschlussrehabilitation ist diese Zuzahlung für längstens 28 Tage zu leisten
... bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter?	10 Euro pro Tag
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe?	10 Prozent pro Tag, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro
... für Impfungen?	Keine Zuzahlung Auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO beim Robert Koch-Institut bestimmt der G-BA die Einzelheiten zu den Leistungen der Krankenkassen. Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen in ihren Satzungsleistungen die Kostenübernahme bei weiteren Impfungen vorsehen

Ausnahmen

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

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

Weitere Anmerkungen

Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussrehabilitationen mit angerechnet

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

Die Impfungen selbst sind weiterhin freiwillig. Für einige nach 1970 geborene Personen ist nach dem Masernschutzgesetz ein Impfschutz beziehungsweise eine Immunität gegen Masern verpflichtend (weitere Informationen: www.masernschutz.de)

Was gilt ...**Was müssen Sie zahlen?**

... für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von der GKV grundsätzlich nicht erstattet

... für Lifestyle-Präparate?

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Potenz- oder Haarwuchsmittel), werden nicht erstattet

... für Fahrkosten?

Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der G-BA in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat, von der Krankenkasse übernommen

... 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

Ausnahmen**Weitere Anmerkungen**

Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10 Prozent des Preises an, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel

In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels

Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen

Bei genehmigten Fahrkosten müssen 10 Prozent, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen

Die Zuzahlung ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Fahrkosten

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

Was gilt ...	Was müssen Sie bezahlen?
... 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 die Sterilisation?	Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen
... für Sterbegeld, Entbindungsgeld?	Die Krankenkasse zahlt kein Sterbe- oder 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**

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

Begriffe und Institutionen

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

Ein Schwerpunkt der Arbeit des BfArM und des PEI sind die Genehmigung klinischer Prüfungen und die Zulassung von Arzneimitteln auf der Grundlage des Arzneimittelgesetzes. Im Rahmen des arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahrens wird dabei der Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit und der pharmazeutischen Qualität geprüft. Die Zuständigkeiten dieser beiden Bundesoberbehörden sind in § 77 des Arzneimittelgesetzes (AMG) geregelt. Zudem ist das BfArM zuständig für die Risikobewertung und Genehmigung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten, die Überprüfung der Erstattungsfähigkeit von DiGA sowie die Überwachung des Betäubungsmittel- und Grundstoffverkehrs in Deutschland.

Das BfArM unterstützt insgesamt das Gesundheitssystem, indem es datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und DiGA vorhält und Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen wie zum Beispiel der ICD-10-GM ist.

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).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Mehr Gesundheit für die Bürgerinnen und Bürger ist das Ziel der Arbeit der BZgA. Als Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nimmt sie Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene wahr. Sie entwickelt Konzepte, Strategien und

Maßnahmen gemeinsam mit Kooperationspartnern und setzt sie in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Hierbei greift sie gesellschaftliche Anforderungen wie den demografischen und sozialen Wandel sowie das sich ändernde Krankheitsspektrum auf.

Die Förderung verantwortungsbewussten und gesundheitsgerechten Handelns und die Förderung der sachgerechten Nutzung des Gesundheitssystems stehen im Mittelpunkt der Arbeit der BZgA. Denn für eine große Zahl der am weitesten verbreiteten Krankheiten gilt, dass sie durch gesundheitsschädliches Verhalten (zum Beispiel Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Über- und Fehlernährung) begünstigt werden. Auch die Häufigkeit der Ansteckung mit Infektionskrankheiten lässt sich eindämmen, wenn Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten bekannt gemacht werden und Schutzverhalten eingeübt ist. Wirksame Wege zur Eindämmung vieler Krankheiten liegen im Bereich der zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung durch Information, Aufklärung und Motivation zu gesundem Verhalten. Gleichzeitig werden durch Aufklärung und Prävention Strukturen vor Ort gestärkt und es wird die Akzeptanz für notwendige strukturelle Präventionsmaßnahmen erhöht.

Die Arbeitsschwerpunkte der BZgA liegen in den Bereichen HIV/AIDS-Prävention, Suchtprävention, Ernährung/Bewegung/Stressregulation, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, frühe Hilfen für von Vernachlässigung bedrohte Kinder, Gesundheitsförderung bei Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen, Sexualaufklärung und Familienplanung, Frauengesundheit, Männergesundheit, gesundes Alter, Infektionsschutz/Hygieneverhalten/Impfen, Organ- und Gewebespende sowie Blutspende.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Die 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 (FPG), und die Sicherung der Qualität im stationären Bereich mit. Bei ihren Aufgaben wird die DKG vom Deutschen Krankenhausinstitut unterstützt.

Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) erhalten die Versicherten einen Anspruch auf Versorgung mit einer DiGA, für die eine Verbesserung der Versorgung beziehungsweise ein Nutzen für die Versorgung nachgewiesen werden konnte. Das bedeutet, dass Ärztinnen und Ärzte Apps verschreiben können oder Versicherte sich diese von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen können. Die Kosten dafür zahlt die GKV.

Mit dem Begriff der DiGA werden digitale CE-gekennzeichnete Medizinprodukte (Risikoklassen I und IIa) bezeichnet, die vom Versicherten oder bei der Versorgung des Versicherten durch die Ärztin oder 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.

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 preisgünstige und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Deshalb gibt es Arzneimittelfestbeträge, die die Versichertengemeinschaft 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 das 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.

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. Der G-BA bestimmt in Richtlinien die Inhalte der Versorgung näher und entscheidet, welche Leistungen von der GKV getragen werden. Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle Akteure der GKV 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 bei 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.

Gesundheitsfonds

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

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband ist der gesetzlich vorgesehene Verband der GKV auf Bundesebene. Zu seinen Aufgaben gehört insbesondere die 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 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

Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten, der Arbeitgeber, der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Im unabhängigen 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 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.

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Das IQTIG entwickelt 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 Website iqtig.org informiert das Institut über die Ergebnisse dieser Verfahren und über aktuelle Entwicklungsprojekte im Bereich der Qualitätssicherung.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Die KBV und die KZBV werden von den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen der Länder auf Bundesebene gebildet. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der

Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. 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.

Medizinischer Dienst (MD) und Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Der MD unterstützt unabhängig im gesetzlichen Auftrag die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen. Er wirkt darauf hin, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.

Der MD Bund koordiniert die 15 Medizinischen Dienste in den Ländern, fördert die bundesweite Zusammenarbeit und erlässt Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste. Dabei geht es zum Beispiel um bundesweit einheitliche Kriterien für die Begutachtung medizinischer Sachverhalte.

Risikostrukturausgleich (RSA) und Einkommensausgleich

Der RSA regelt, wie viel Geld die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung ihrer Versicherten erhalten. Der RSA wird oftmals auch als „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ bezeichnet. Das lateinische Wort „morbidus“ bedeutet „krank“. Der Begriff „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ meint also: Krankenkassen 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 abhängig ist.

Konkret erhalten die Krankenkassen vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten mit sogenannten risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben ihrer Versicherten. Der RSA berücksichtigt dabei neben den Merkmalen Alter, Geschlecht und Anspruch auf Krankengeld auch regionale Merkmale sowie den unterschiedlich hohen Versorgungsbedarf von Versicherten mit vorliegenden Erkrankungen. Diese sogenannten Morbiditätszuschläge geben dabei die durchschnittlichen Ausgaben im Folgejahr wieder, die mit dieser Krankheit verbunden sind (sogenanntes prospektives Verfahren). Mit Umsetzung der im Rahmen des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes beschlossenen Reform des RSA wird seit dem Jahr 2021 das gesamte Krankheitsspektrum im RSA berücksichtigt und gleichzeitig die Manipulationsresistenz des RSA gestärkt.

Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (zum Beispiel 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 einkommensabhängigen Zusatzbeiträge stellt zudem sicher, dass unterschiedliche Einkommensstrukturen der Mitglieder der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen und Anreize zur Risikoselektion ausgeschlossen werden.

Robert Koch-Institut (RKI)

Das RKI ist eine zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. Kernaufgaben des Instituts sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

Hierzu werden Krankheitserreger bewertet, analysiert und erforscht – insbesondere solche, die von hoher Gefährlichkeit, weiter Verbreitung oder großer öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung sind. Eine Reihe von Krankheiten mit hoher Bedeutung für den öffentlichen Gesundheitsschutz sind meldepflichtig; dazu zählen unter anderem Masern, Röteln, Influenza und auch die Coronavirus-Krankheit. Gerade im Hinblick auf das Erkennen neuer gesundheitlicher Risiken nimmt das RKI eine „Antennenfunktion“ im Sinne eines Frühwarnsystems wahr.

Das RKI berät das Bundesministerium für Gesundheit, die Landesgesundheitsbehörden sowie die Gesundheitsämter, entwickelt Konzepte zum Infektionsschutz, erstellt Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und andere Informationen. Beim RKI sind mehrere wissenschaftliche Kommissionen angesiedelt, wie zum Beispiel die Ständige Impfkommision (STIKO), die Impfempfehlungen erarbeitet.

Außerdem ist das RKI verantwortlich für die Durchführung, inhaltliche Bearbeitung und Koordinierung des Gesundheitsmonitorings (zum Beispiel RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“) und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Rabattverträge

Die Krankenkassen können mit den Arzneimittelherstellern 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.

Zusatznutzenbewertung von neuen Arzneimitteln

In Deutschland stehen neu zugelassene Arzneimittelwirkstoffe den Patientinnen und Patienten sofort nach Markteintritt zur Verfügung. Ebenfalls sofort nach Markteintritt wird für jedes neue Arzneimittel mit der Prüfung begonnen, ob es 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 Heilungsverlauf zu erwarten ist, geringere 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 hingegen 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.

Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus.....	109, 114, 122 f., 132, 145 f., 176
Apotheken.....	53, 56, 149 f., 152 ff., 164 f., 169
Arzneimittel.....	39, 53, 55 f., 106, 109, 129, 143, 147 ff., 159, 164 ff., 169 f., 173, 176 f., 180, 183, 185, 188 f., 195
Arzneimittel, nicht verschreibungspflichtig.....	153 ff., 176
Arzneimittel, verschreibungspflichtig.....	56, 150 f., 153, 165, 172
Auslandskrankenversicherung.....	42, 49 ff., 196
Bedürftige.....	33 f., 61 ff., 74, 92, 130
Beiträge.....	13, 15, 17, 23, 25, 27 ff., 30 ff., 38, 42, 59 ff., 68, 106, 110, 184, 187
Beitragsrückerstattungstarif.....	37, 40
Belastungsgrenzen.....	116, 128, 151, 167 ff.
Besondere Versorgungsformen.....	40 f., 108, 114
Betriebliche Gesundheitsförderung.....	40, 75 f.
Betriebsrenten.....	28, 30, 33, 168
Bindungsfristen.....	40, 45 ff.
Bonusprogramme.....	36, 40, 44 f., 72
Brillen/Sehhilfen.....	42, 159, 161, 176 f., 183
Bruttoentgelt/-einkommen/-einnahmen.....	19, 116, 128, 144, 167 ff.
Chronisch Kranke.....	18, 38, 53, 71, 79, 106, 116, 128, 134 f., 151, 167, 169 f., 194
Datenschutz.....	56, 163, 202
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA).....	55, 147, 162 f., 180, 182
Digitale Pflegeanwendungen (DiPA).....	163
Disease-Management-Programme (DMP).....	38, 116, 134
Elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	49, 52, 56
Elektronische Patientenakte (ePA).....	53 ff., 163
Ergotherapie.....	109, 112, 148, 157
Ermäßigter Beitragssatz.....	28 f., 34, 42

Familienversicherung.....	19, 22, 24 ff., 35, 43, 46, 120, 168
Freiwillig Versicherte	19, 22 ff., 27 f., 30 f., 33, 42 f., 46, 63, 66 f.
Früherkennungsuntersuchungen	40, 72, 77 ff., 101 ff.
Früherkennung von Krebs	77 f., 80 ff.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).....	18, 41, 77, 79, 90 ff., 101 f., 111, 116, 133 f., 145, 155, 157, 161, 167, 174, 176, 183 f., 196
Geriatrische Rehabilitation.....	74, 126, 136
Gesundheits-Check-up.....	73, 78 f., 88 f.
Gesundheitsfonds	34, 184, 186 f.
GKV-Spitzenverband.....	18, 34 f., 113, 127, 159, 182 ff., 186, 197
Härtefallregelungen	120 f., 178
Hausarzttarif (hausarztzentrierte Versorgung [HzV]).....	37
Haushaltshilfe.....	41, 53, 100, 110, 112 f., 130 f., 137, 166, 174
Häusliche Krankenpflege.....	112, 129 f., 142, 166
Hebammenhilfe.....	100, 112 f., 137
Heilmittel.....	110, 129, 137, 147 f., 157 f., 167, 169, 172
Hilfsmittel.....	48, 131, 147 f., 159 f., 162, 166, 170, 172 f., 183
Hospize	140 ff.
Impfungen.....	72, 76, 78 f., 94 ff., 164, 167, 174 f.
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).....	184 f.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	184 f.
Integrierte Versorgung.....	37, 114 f.
Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze).....	19 ff., 67
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).....	18, 34, 185 f., 197
Kinder	19, 24, 26, 35, 72, 77 ff., 92, 94, 96, 102 f., 110 f., 117, 120, 126, 131 ff., 136, 138, 141, 144 ff., 151, 155, 161, 167, 177, 181
Kinderhospize	141
Kinderkrankengeld.....	144 f.
Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen	77, 102
Kontrahierungszwang.....	63
Kostenerstattungstarif.....	37, 39

Krankengeld	28 ff., 38, 42, 47, 135, 144 f., 178, 187
Krankengeldtarif für Selbstständige.....	37 f., 40, 47
Krankenkassenwechsel.....	46 f.
Krankentransport.....	112, 145, 176
Krankenversicherung, gesetzliche (GKV).....	14 f., 17 ff., 22 f., 25, 27 f., 30, 33 f., 42 f., 45 f., 49, 52, 58 ff., 62 ff., 73, 79, 102, 123 f., 129 f., 137 f., 143, 150, 152, 155 ff., 159, 166 ff., 175 f., 182 ff.
Krankenversicherung, private (PKV).....	14 f., 21 ff., 39, 46, 51, 57 ff.
Kündigung.....	35, 45 ff., 66, 68
Künstliche Befruchtung.....	143, 178
Kuren.....	73, 129
Massagen	158, 173
Medizinische Versorgungszentren (MVZ).....	109, 123
Medizinischer Dienst / Medizinischer Dienst Bund.....	136, 186
Palliativversorgung	140 ff.
Patientenbeauftragter	195
Pflegebevollmächtigte.....	196
Pflichtversicherte.....	15, 19 ff., 27 f., 33, 59, 68
Physiotherapie	37, 53, 56, 106, 125, 157, 162
Prämienzahlung.....	37 f., 40, 58 ff., 64, 66, 114
Prävention	40, 71 ff., 77 ff., 89, 118, 180 f., 187, 202
Psychotherapie.....	106 ff., 110 ff., 125, 132 f., 138 f., 157, 162, 170, 183
Rehabilitation	74 f., 112, 114, 124 ff., 130 f., 136, 166, 174 f.
Rentnerinnen/Rentner	20, 28, 30 f., 68
Richtlinien des G-BA.....	18
Risikostrukturausgleich.....	186 f.
Robert Koch-Institut (RKI).....	187 f., 197
Schutzimpfungen	72, 76, 78, 94, 164, 167, 175
Schwangerschaft.....	77, 100 f., 131, 137, 143, 151, 178
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.....	100
Selbstbehalttarif	37, 39 f., 47
Selbsthilfegruppen.....	195, 197

Selbstständige	22, 25, 27, 30, 37 f., 40, 42, 58, 62, 66, 74, 160
Selbstverwaltung	15 ff., 183
Sonderkündigungsrecht.....	35, 46 f., 68
Soziotherapie.....	112, 139, 174
Strukturierte Behandlungsprogramme.....	37 f., 116, 134, 167, 170
Verminderte Belastungsgrenze	116
Versandapotheke.....	56, 165 f.
Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze).....	25, 30, 66
Versicherungsschutz im Ausland.....	42, 49 ff., 197
Versorgungsbezüge	28 ff.
Vorsorge	40, 72 f., 77, 90, 100, 114, 117, 120, 124 ff., 140, 159, 166 f., 174 f.
Vorversicherungszeiten	20, 22
Wahltarife	36 ff., 42, 44 f., 47, 114 ff.
Wahltarif für integrierte Versorgung.....	37, 114 f.
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme	37 f., 116
Zahnärztin/Zahnarzt	17, 63, 91, 117 ff., 120, 183, 195
Zahnersatz.....	39, 50, 117, 119 ff., 178 f.
Zahnvorsorgeuntersuchungen.....	90, 92
Zusatzbeitrag	27 ff., 34 f., 44 ff., 64 f., 187
Zusatzleistungen	36, 41, 44 f.
Zusatzversicherung.....	32, 41 f., 65
Zuzahlungen.....	37, 79, 116, 120 f., 128 f., 131, 146, 151, 156, 158, 160, 166 ff., 172 ff., 177, 179
Zuzahlungsgrenze bei schwerwiegend chronisch Kranken.....	116, 128, 151, 167, 169 f.

Adressen

Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

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

Kirchfeldstraße 149

40215 Düsseldorf

Tel.: 0211 310060

E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de

www.bag-selbsthilfe.de

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Tel.: 0228 6190

E-Mail: poststelle@bas.bund.de

www.bundesamtsozialesicherung.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) – Geschäftsstelle München

Astallerstraße 14

80339 München

Tel.: 089 76755131

E-Mail: mail@bagp.de

www.bagp.de

Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Tel.: 030 4004560

E-Mail: info@baek.de

www.bundesaerztekammer.de

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 993070

E-Mail: poststelle@bfarm.de

www.bfarm.de

**Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)**

Chausseestraße 13

10115 Berlin

Tel.: 030 400050

E-Mail: info@bzaek.de

www.bzaek.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149-161

50825 Köln

E-Mail: poststelle@bzga.de

www.bzga.de

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

Stefan Schwartz, MdB

Friedrichstraße 108

10117 Berlin

Tel.: 030 184414491

E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de

www.patientenbeauftragter.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Tel.: 030 8934014

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

E-Mail: info@deutscher-behindertenrat.de

www.deutscher-behindertenrat.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Tel.: 030 398010

E-Mail: dkgmailto@dkgev.de

www.dkgev.de

Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Claudia Moll, MdB

Friedrichstraße 108

10117 Berlin

Tel.: 030 184413420

E-Mail: pflegebevollmaechtigte@bmg.bund.de

www.pflegebevollmaechtigte.de

**Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)**

Pennfeldsweg 12 c

53177 Bonn

Tel.: 0228 95300

E-Mail: post@dvka.de

www.dvka.de

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Tel.: 030 2758380

E-Mail: info@g-ba.de

www.g-ba.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Tel.: 030 2062880
www.gkv-spitzenverband.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

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

Otto-Suhr-Allee 115
10585 Berlin
Tel.: 030 31018960
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de
www.nakos.de

Robert Koch-Institut (RKI)

Nordufer 20
13353 Berlin
Tel.: 030 187540
www.rki.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) – Bundesgeschäftsstelle

Tempelhofer Weg 62
12347 Berlin
Tel.: 030 868721128
E-Mail: info@patientenberatung.de
www.patientenberatung.de

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

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



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 als Digital- und/oder Printversion abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Krankenversicherung finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Pflegethemmen. Sie finden das Angebot unter:

www.gesund.bund.de

Verständliche und transparente Informationen über den Umfang und die Qualität der Versorgung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern finden Sie im Bundes-Klinik-Atlas des Bundesministeriums für Gesundheit unter:

www.bundes-klinik-atlas.de

Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

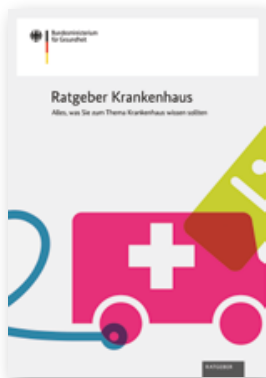
Telefon: 030 182722721

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

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

Website: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Ratgeber Krankenhaus – Alles, 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



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

Impfungen gegen Infektionskrankheiten sind eine der erfolgreichsten Maßnahmen der Medizin. Diese Broschüre informiert über den Nutzen und die Risiken von Impfungen und soll bei der Impfentscheidung unterstützen.

Bestellnummer: BMG-G-11183



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 und andere Personen, die Pflege leisten.

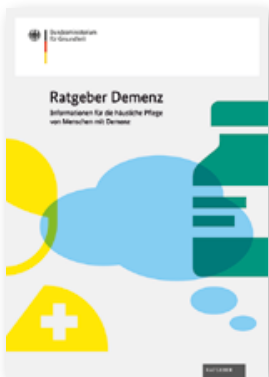
Bestellnummer: BMG-P-11025



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



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 Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter den 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
Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg

E-Mail:
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Telemark Rostock Kommunikations- und Marketinggesellschaft mbH betrieben wird. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und vom Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgegebenen Grenzen erhoben, verarbeitet und genutzt.

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

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹

0221 892031



Sucht & Drogen Hotline²

01805 313031



BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung³

0800 8313131



BZgA-Telefonberatung zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sowie zum Schutz vor Konversionsbehandlungen⁴

0221 8992876



BZgA-Infotelefon für Fragen rund um die Organspende⁵

0800 9040400

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; kostenpflichtig (0,20 Euro je Anruf aus dem deutschen Festnetz beziehungsweise maximal 0,60 Euro aus dem Mobilfunknetz)

³ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei





⁴ Montag bis Donnerstag von 12 bis 16 Uhr

⁵ Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

Impressum

Herausgeber

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

-  bmg.bund
-  bmg_bund
-  BMGesundheit
-  bundesgesundheitsministerium

Stand

Juli 2024, 26. aktualisierte Auflage
Erstauflage: 2003

Druck

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

Papier

Vivus 100, Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Gestaltung

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Layout und Satz

ifok GmbH, 64625 Bensheim
die wegmeister gmbh, 70376 Stuttgart

Bildnachweis

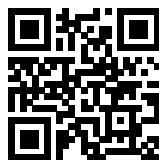
Thomas Ecke / BMG / S. 4
Abel Mitja Varela / Morsa Images / Getty Images / S. 21
Mareen Fischinger / Westend61 / Getty Images / S. 24
andresr / Getty Images / S. 36
skynesher / Getty Images / S. 44

Rainer Berg / Westend61 / Getty Images / S. 65
Jan Tepass / Westend61 / Getty Images / S. 113
SDI Productions / Getty Images / S. 136
Westend61 / Getty Images / S. 154
andresr / Getty Images / S. 161
Logo Durchführungsverordnung (EU) 699/2014 / S. 166
Dean Mitchell / Getty Images / S. 171
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 198

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

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Servicetelefon: 030 182722721
Servicefax: 030 18102722721
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Bestellung über das Gebärdentelefon:
gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Onlinebestellung: www.bundesregierung.de/publikationen

Bestellnummer: BMG-G-07031



Weitere Publikationen der Bundesregierung zum
Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:
www.bundesregierung.de/publikationen

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Weitere
Informationen zur
Krankenversicherung
finden Sie hier:



AR1

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.

