



Bundesministerium  
für Gesundheit



# Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung



---

# Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung



## Liebe Bürgerinnen und Bürger,

wir haben in Deutschland eine funktionierende und leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Wenn Sie einmal krank werden, können Sie sich darauf verlassen, gut versorgt zu werden – wohnortnah und auf dem aktuell anerkannten Stand der Medizin. Ihre Krankengeschichte, Ihr Alter und Ihr Einkommen spielen dabei keine Rolle. Denn in der gesetz-

lichen Krankenversicherung gilt das Solidarprinzip: Die Gesunden und Starken stehen für die Kranken und Schwachen ein. So erhalten alle die medizinische Hilfe, die sie benötigen, ohne dabei finanziell überfordert zu werden.

Dass unsere Gesundheitsversorgung auch in Zukunft so gut funktionieren wird, ist aber keine Selbstverständlichkeit. Es gibt demografische Herausforderungen, für die wir Lösungen finden müssen. Im Grunde geht es dabei um erfreuliche Entwicklungen: Zum einen werden wir Deutschen immer älter und zum anderen schreitet die technisch-medizinische Entwicklung ständig voran. Durch neue Therapiemöglichkeiten lassen sich heute mehr Krankheiten erfolgreich behandeln als noch vor einigen Jahren. Die längere Lebenserwartung und der technisch-medizinische Fortschritt sind aber auch die Gründe, warum die Ausgaben in der Gesundheitsversorgung wachsen. Um eine gute medizinische Versorgung auch in Zukunft für alle erhalten zu wollen, waren Reformen notwendig. Das betraf vor allem die Finanzierung und die Organisation unserer Gesundheitsversorgung. In mehreren Schritten haben wir dafür gesorgt, dass unser System heute so gut dasteht wie schon lange nicht mehr.

Die Versicherten erwarten zu Recht, dass ihre Beiträge effizient verwendet werden und sie dafür die für sie beste Versorgung bekommen. Auch im Gesundheitswesen soll Wettbewerb für eine bessere medizinische Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten und weniger Bürokratie sorgen. Denn in einem wettbewerbsorientierten Krankenkassensystem konkurrieren die Krankenkassen untereinander darum, wer seinen Versicherten die besten Angebote zum bestmöglichen Preis machen kann. Die Versicherten haben so Wahlmöglichkeiten und können das für sie passende Angebot einer Krankenkasse auswählen.

Deshalb sollten Sie wissen, welche Regelungen es für Sie gibt, welche Rechte Sie als Versicherte haben und was Sie beim Arzt, Apotheker oder im Krankenhaus erwarten können und sollten. In diesem Ratgeber finden Sie dafür alle notwendigen Informationen. Für den Fall, dass Fragen offenbleiben, können Sie sich an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit wenden.

Ihr



Daniel Bahr  
Bundesminister für Gesundheit

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung</b> .....	<b>12</b>
1.1.1 Pflichtversicherte .....	13
1.1.2 Versicherungspflichtgrenze bzw. Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) .....	14
1.1.3 Freiwillig Versicherte .....	15
1.1.4 Familienversicherte .....	16
1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstler und Publizisten ...	19
<b>1.2 Beiträge</b> .....	<b>19</b>
1.2.1 Beitragshöhe .....	19
1.2.2 Eigene Regelung für Rentnerinnen und Rentner .....	23
1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende .....	24
1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige .....	25
<b>1.3 Prämien, Zusatzbeiträge und Sozialausgleich</b> .....	<b>26</b>
<b>1.4 Wahltarife und Bonusprogramme</b> .....	<b>32</b>
1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen .....	32
1.4.2 Bonusprogramme .....	35
1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen .....	36
1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV .....	37

<b>1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse</b> .....	<b>38</b>
1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse? .....	39
1.5.2 Kündigung .....	39
1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse .....	42
<b>1.6 Versicherungsschutz im Ausland</b> .....	<b>43</b>
<b>1.7 Private Krankenversicherung (PKV)</b> .....	<b>45</b>
1.7.1 Alterungsrückstellungen .....	48
<b>1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK)</b> .....	<b>49</b>
<b>1.9 Begriffe und Institutionen</b> .....	<b>52</b>

<b>2</b>	<b>Medizinische Versorgung</b>	<b>55</b>
<b>2.1</b>	<b>Vorsorge, Rehabilitation und Früherkennung</b>	<b>55</b>
2.1.1	Gesund bleiben: Prävention	55
2.1.2	Vorsorge und Rehabilitation	57
2.1.3	Früherkennung	63
<b>2.2</b>	<b>Besondere Versorgungsformen</b>	<b>65</b>
2.2.1	Hausarzt als Lotse	65
2.2.2	Integrierte Versorgung	66
2.2.3	Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme)	67
2.2.4	Medizinische Versorgungszentren	68
2.2.5	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	68
<b>2.3</b>	<b>Zahnärztliche Behandlung</b>	<b>69</b>
2.3.1	Zahnärztliche Leistungen	70
2.3.2	Kosten für Zahnersatz	71
<b>2.4</b>	<b>Angebote für besondere Personengruppen</b>	<b>73</b>
2.4.1	Angebote für werdende Mütter	73
2.4.2	Angebote für seelisch kranke Menschen	74
2.4.3	Angebote für Sterbenskranke	75
2.4.4	Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch	76
<b>2.5</b>	<b>Hilfen zu Hause</b>	<b>77</b>
2.5.1	Häusliche Krankenpflege	77
2.5.2	Haushaltshilfe	78
<b>2.6</b>	<b>Fahrkosten</b>	<b>79</b>
<b>2.7</b>	<b>Krankengeld</b>	<b>80</b>
<b>2.8</b>	<b>Begriffe und Institutionen</b>	<b>82</b>



<b>3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel</b> .....	<b>85</b>
<b>3.1 Arzneimittel</b> .....	<b>85</b>
3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln .....	87
3.1.2 Zuzahlung bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln .....	89
3.1.3 Rezeptfreie Arzneimittel .....	89
3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensführung .....	91
<b>3.2 Hilfsmittel</b> .....	<b>91</b>
<b>3.3 Heilmittel</b> .....	<b>93</b>
<b>3.4 Apotheken</b> .....	<b>95</b>
3.4.1 Versand- bzw. Internetapotheken .....	95
<b>3.5 Zuzahlung</b> .....	<b>97</b>
<b>3.6 Begriffe und Institutionen</b> .....	<b>104</b>
<b>Welche Früherkennungsuntersuchungen sind empfohlen und werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?</b> .....	<b>108</b>
<b>Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen</b> .....	<b>122</b>
<b>Stichwortregister</b> .....	<b>128</b>
<b>Adressen</b> .....	<b>132</b>
<b>Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit</b> .....	<b>134</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>140</b>



# 1 Gesetzliche Krankenversicherung, Beiträge, Tarife

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

## **Solidarität aus Prinzip**

Die GKV funktioniert nach dem Solidarprinzip: Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten, die Gesundheitsleistungen sind für alle gleich. Alle gesetzlich versicherten Mitglieder zahlen einen einheitlichen Prozentsatz ihres Einkommens in den gemeinsamen Gesundheitsfonds der Krankenkassen ein. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erhalten alle Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen. So sind rund 18 Millionen Menschen als Familienangehörige beitragsfrei mitversichert. Für sie gelten die gleichen Leistungsansprüche wie für die Beitragszahlerinnen und -zahler. So besteht auch zwischen Singles und Familien ein Ausgleich. Tragendes Prinzip der GKV ist also der Solidarausgleich – zwischen Gesunden und Kranken, zwischen gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden, zwischen Jungen und Alten, zwischen Alleinstehenden und Familien.

## **Versicherungspflicht**

Pflichtmitglieder in der GKV sind alle Arbeitnehmer und Angestellten sowie Angestellte einschließlich Auszubildender, deren monatliches Bruttoeinkommen unter der jährlich angepassten Versicherungspflichtgrenze und über der Geringfügigkeitsgrenze (im Jahr 2013 450 Euro/Monat) liegt. Pflichtmitglieder der GKV sind automatisch auch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Genauere Informationen zur Pflegeversicherung bietet die Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit „Ratgeber zur Pflege“.

Durch die Pflichtversicherung soll verhindert werden, dass Menschen keine Absicherung im Krankheitsfall haben und letztlich die Allgemeinheit die Kosten einer lebensnotwendigen medizinischen Behandlung tragen muss, wenn die eigenen Mittel nicht ausreichen. Umgekehrt wird aber auch gewährleistet, dass keinem Versicherten der Versicherungsschutz vollständig entzogen wird – zum Beispiel wegen Beitragsrückstands.

Der Kreis der Pflichtversicherten wurde immer wieder erweitert, so dass z. B. auch Landwirte, Rentner, Studierende und andere definierte Personengruppen Pflichtmitglieder in der GKV sind.

Wer eine Zeit lang nicht krankenversichert war, muss nicht bezahlte Beiträge nachzahlen bzw. in der PKV einen Prämienzuschlag leisten.

### **Versicherungsfreiheit**

Die Versicherungspflicht in der GKV entfällt für alle, deren Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze genannten Versicherungspflichtgrenze (im Jahr 2013: 52.200 Euro Jahreseinkommen) liegt. Dieser Personenkreis kann sich freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einer privaten Krankenversicherung versichern.

### **Das Prinzip der Selbstverwaltung**

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

Zu den Organen der Selbstverwaltung gehören unter anderem die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Aufgaben lassen sich so skizzieren:

Die Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungserbringern, ziehen die Kassenbeiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenkassen sind der Verwaltungsrat und der Vorstand. Der Verwaltungsrat setzt sich aus ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern zusammen und wird von den Mitgliedern der Krankenkassen und den Arbeitgebern gewählt. Er beschließt in erster Linie das Satzungsrecht. Der Vorstand ist hauptamtlich besetzt und übernimmt die Verwaltungsaufgaben.

Für den Bereich der vertrags(-zahn)ärztlichen Versorgung sind die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen verantwortlich. Sie vertreten die Ärztinnen und Ärzte, die für die Behandlung von Kassenpatientinnen und -patienten zugelassen sind. Die Organe sind Vertreterversammlung und Vorstand, die von den Mitgliedern, also den Vertragsärztinnen und -ärzten, gewählt werden.

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

Der GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der Krankenhäuser bilden den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Gemeinsam mit Patientenvertreterinnen und -vertretern werden im G-BA die Inhalte der medizinischen Versorgung und die Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, beraten.

## 1.1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Auszubildende, Rentnerinnen und Rentner sowie freiwillig Versicherte (wie z. B. Selbstständige), die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, sind nicht nur verpflichtet, Beiträge zu leisten – sie erhalten auch vielerlei Rechte in ihrer Krankenkasse. Sie können ihre Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner und ihre Kinder bis zu einem bestimmten Alter in der Familienversicherung kostenfrei mitversichern.

### **Wer ist gesetzlich krankenversichert?**

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

#### **Pflichtmitgliedschaft**

Versicherungspflichtig sind z. B. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Auszubildende sowie Rentnerinnen und Rentner, die wegen ihres Arbeitsentgelts oder ihrer Rente gesetzlich verpflichtet sind, Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse zu sein. Sie zahlen Beiträge nach einem einheitlichen Beitragssatz.

#### **Freiwillige Mitgliedschaft**

Als freiwillig versichert gelten in der GKV diejenigen, die sich alternativ auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichern könnten. Wie bei Pflichtversicherten gelten für sie feste Beitragssätze. Sie können dabei wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern wollen.

#### **Familienversicherung**

Familienversichert sind Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner sowie Kinder in bestimmten Altersgrenzen von Krankenkassenmitgliedern, die aufgrund ihrer Einkommenssituation keine eigene Mitgliedschaft begründen müssen. Familienversicherte zahlen daher keine eigenen Beiträge.

<b>Versichertengruppe</b>	<b>Zahl in Millionen</b>
GKV-Mitglieder und beitragsfrei GKV-Versicherte	69,76
GKV-Mitglieder	52,33
Beitragsfreie GKV-Versicherte (mitversicherte Familienangehörige und Kinder)	17,43

### 1.1.1 Pflichtversicherte

#### **Wann gilt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung?**

Grundsätzlich gilt: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Auszubildende sind versicherungspflichtig, wenn sie für ihre Tätigkeit bezahlt werden. Juristisch heißt das „Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt“.

Es gibt eine ganze Reihe einzelner Bestimmungen, für wen eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht:

- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mehr als 450 Euro monatlich beträgt, aber die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt.
- 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.
- Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Bezieher von Arbeitslosengeld II.

- Land- und forstwirtschaftliche Unternehmerinnen und Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie Altenteiler in der Landwirtschaft.
- Behinderte Menschen (in Werkstätten oder Heimen).
- Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten.
- Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder der GKV zuzuordnen sind.

## 1.1.2 Versicherungspflichtgrenze bzw. Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG)

### **Welche Grenzen gelten beim Jahreseinkommen?**

Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis innerhalb eines Jahres mit ihrem Arbeitsentgelt eine bestimmte Grenze überschreiten, endet mit Ablauf des Kalenderjahres die Versicherungspflicht. Das gilt nur, wenn ihr Arbeitsentgelt auch im folgenden Kalenderjahr die dann geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten wird. Die jeweilige Versicherungspflichtgrenze wird jährlich angepasst und liegt bei 4.350 Euro im Monat bzw. 52.200 Euro im Jahr (Stand 2013).

Für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bereits am 31. Dezember 2002 privat krankenversichert waren (sogenannte Bestandsfälle der PKV), gilt die besondere Versicherungspflichtgrenze. Sie liegt bei 3.937,50 Euro monatlich bzw. 47.250 Euro im Jahr (Stand 2013). Die jeweilige Jahresarbeitsentgeltgrenze wird jährlich von der Bundesregierung festgelegt.

Wenn Sie eine Beschäftigung erstmals in Deutschland aufnehmen und die Grenze (JAEG) erreichen, sind Sie sofort versicherungsfrei.



### 1.1.3 Freiwillig Versicherte

#### **Wer kann sich freiwillig gesetzlich krankenversichern?**

Für Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und für Selbstständige, die mit Aufnahme ihrer Tätigkeit aus der Versicherungspflicht ausscheiden, gilt Folgendes: Sie sind in der GKV nicht mehr versicherungspflichtig und haben zwei Möglichkeiten: als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu bleiben oder in eine private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln. Es besteht allerdings im Regelfall kein Rechtsanspruch auf Mitgliedschaft in der PKV. Ein Aufnahmewang besteht für die Versicherungsunternehmen nur für den sogenannten Basis tariff der PKV. Zunächst weist die Krankenkasse das Mitglied auf das Ende der Versicherungspflicht und die damit bestehenden Möglichkeiten zu Austritt und Weiterversicherung hin. Wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen danach erklärt, ist ein sofortiger Wechsel in eine PKV möglich. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die bisherige Mitgliedschaft bei der Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn in der Vergangenheit bereits eine festgelegte Zeit einer Versicherung in der GKV bestanden hat (Vorversicherungszeit).

Zur Erfüllung der Vorversicherungszeit müssen Versicherte in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht insgesamt mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate gesetzlich versichert gewesen sein.

Um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unabhängig von der Höhe ihres Einkommens mindestens einmal in ihrem Erwerbsleben die Chance auf eine GKV-Mitgliedschaft zu eröffnen, wurden zwei Ausnahmen gemacht:

- Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die erstmals in Deutschland eine Beschäftigung aufgenommen haben und damit über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen, sind mit Beschäftigungsbeginn versicherungsfrei. Sie haben die Möglichkeit, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als freiwilliges Mitglied beizutreten. Das gilt, auch wenn sie zuvor privat krankenversichert waren und die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen.

- Wer bei seiner ersten Beschäftigung in Deutschland zunächst versicherungspflichtig war, zum Jahresende aber mehr verdient und versicherungsfrei wird, kann ebenfalls ohne Erfüllung der Vorversicherungszeiten als freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben.

Freiwillig versichern können sich außerdem:

- Schwerbehinderte nach Feststellung der Behinderung, wenn sie, ein Elternteil oder ihre Ehegattin oder ihr Ehegatte bzw. ihre eingetragene Lebenspartnerin oder ihr eingetragener Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre gesetzlich krankenversichert waren. Allerdings kann die Satzung der Krankenkasse das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen.
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr aus dem Ausland wieder eine Beschäftigung aufnehmen, die nicht zur Versicherungspflicht führt.
- Studierende im Anschluss an eine studentische Pflichtversicherung.
- Bisher Familienversicherte, die die Voraussetzungen hierfür nicht mehr erfüllen und bei denen bestimmte Vorversicherungszeiten vorliegen.

## 1.1.4 Familienversicherte

### **Wann sind Partnerinnen, Partner und Kinder mitversichert?**

Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Mitgliedern sind beitragsfrei familienversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und ihr regelmäßiges monatliches Einkommen nicht höher ist als 385 Euro bzw. 450 Euro bei geringfügiger Beschäftigung. Die Familienversicherung ist nur möglich, wenn die Angehörigen nicht anderweitig versicherungspflichtig sind. Nach Beendigung der Familienversicherung kann der Versicherungsschutz in der Regel durch eine eigene freiwillige Versicherung fortgesetzt werden.

**Besonderheiten:**

- Während Mutterschutz und Elternzeit bleiben vorher Pflichtversicherte weiterhin Mitglied, müssen in dieser Zeit aber keine Beiträge aus dem Elterngeld zahlen. Der Versicherungsstatus bleibt also erhalten, sodass Eltern in dieser Zeit auch nicht familienversichert sein können. Auch bei freiwillig Versicherten ändert sich der Versicherungsstatus bei Mutterschutz und Elternzeit nicht – sie müssen also weiterhin Beiträge bezahlen.
- Die Familienversicherung eines Kindes ist ausgeschlossen, wenn die mit dem Kind verwandte Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. der Ehe- oder Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist und ihr oder sein regelmäßiges Gesamteinkommen die monatliche Versicherungspflichtgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das des gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartners.

**Wie lange sind Kinder beitragsfrei mitversichert?**

Die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern ist zeitlich begrenzt. Kinder können grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenkasse mitversichert werden. Sind die Kinder nicht beschäftigt oder selbstständig tätig, ist die Familienversicherung noch bis zum 23. Lebensjahr möglich. Gehen die Kinder weiterhin zur Schule, machen eine Berufsausbildung, absolvieren einen freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst oder einen Dienst im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes – zum Beispiel das freiwillige soziale oder ökologische Jahr oder einen Jugendfreiwilligendienst im Ausland –, können diese bis zum 25. vollendeten Lebensjahr beitragsfrei mitversichert werden.

Eine Verlängerung der Familienversicherung eines Kindes über das 25. Lebensjahr hinaus ist möglich, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst oder einen Dienst im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes unterbrochen worden ist. Auch bei einer Tätigkeit im Rahmen eines vergleichbaren Freiwilligendienstes ist eine Verlängerung möglich. Der Verlängerungszeitraum ist auf höchstens zwölf Monate begrenzt.

Studentinnen und Studenten über 25 Jahre sind nach dem Ende der Familienversicherung grundsätzlich bis zum Abschluss des 14. Fach-

semesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres versicherungspflichtig. Dabei zahlen sie einen besonders niedrigen Beitrag von derzeit 64,77 Euro zur Krankenversicherung.

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

Ohne Altersgrenze sind Kinder nur versichert, wenn sie infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist allerdings, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem eine Familienversicherung bestanden hat.

Welche Einkommensgrenzen gelten für mitversicherte Angehörige?  
Die Einkommensgrenze liegt bei 385 Euro monatlich (Stand 2013). Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro monatlich. Das Gesamteinkommen ist laut Gesetz die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Dazu zählt vor allem das Arbeitseinkommen. Unterhaltszahlungen werden bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht berücksichtigt.

### Sie sind nicht krankenversichert?

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

**Informationen hierzu erhalten Sie auch beim Bürgertelefon des Bundesgesundheitsministeriums unter 030/340 60 66-01.**

**Sprechzeiten: Montag bis Donnerstag von 8 Uhr bis 18 Uhr, Freitag von 8 Uhr bis 15 Uhr.**

## 1.1.5 Eigene Regelung für selbstständige Künstler und Publizisten

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

### Wie funktioniert die Künstlersozialversicherung (KSV)?

Selbstständige Künstler und Publizisten zahlen wie Arbeitnehmer die Hälfte der Beiträge an die Künstlersozialkasse (KSK), die andere Hälfte wird über die KSK aus einem Zuschuss des Bundes und durch die von Verwertern auf die Honorare zu zahlende Künstlersozialabgabe aufgebracht. Wie bei 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 Berufsanfänger.

## 1.2 Beiträge

### 1.2.1 Beitragshöhe

#### Wonach bemessen sich die Beiträge?

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge bemessen sich nach einem Prozentsatz der Beitragspflichtigen. Bei Pflichtversicherten sind dies Arbeitsentgelt, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten) sowie Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird. Freiwillige Mitglieder zahlen darüber hinaus Beiträge aus sonstigen Einnahmen wie zum Beispiel aus Kapitaleinkünften oder aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.



Sowohl bei pflichtversicherten als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.937,50 Euro im Monat bzw. 47.250 Euro im Jahr (Stand 2013) berücksichtigt.

### Beitragssätze

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

Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner zahlen insgesamt 8,2 Prozent ihres Arbeitsentgelts bzw. ihrer Rente, Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger 7,3 Prozent.

Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

### **Wann gilt ein ermäßigter Beitragssatz?**

Der ermäßigte Beitragssatz von 14,9 Prozent der Bruttoeinnahmen gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

## **Beitragssätze und Beitragsbemessungsgrenzen 2013**

### **Versichertengruppe**

Allgemeiner Beitragssatz (Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag, paritätisch finanziert 14,6 %)	15,5 %
Ermäßigter Beitragssatz (kein Krankengeldanspruch)	14,9 %
Beitragssatz aus Versorgungsbezügen	15,5 %
Beitragssatz aus gesetzlicher Rente (paritätisch finanziert 14,6 %)	15,5 %
Pflegeversicherung (Personen ohne Kinder zuzügl. 0,25 %)	1,95 % bzw. 2,2 %
Beitragsbemessungsgrenze (Monat)	3.937,50 €
Beitragsbemessungsgrenze (Jahr)	47.250 €

### Krankenversicherungsbeiträge für freiwillig Versicherte in der GKV pro Monat

Personenkreis freiwillig Versicherte	Anspruch auf Krankengeld*	Beitrag für die Krankenversicherung
Über der Versicherungspflichtgrenze verdienende Arbeitnehmer	ja	610,31 €* 610,31 €
Allgemein (Mindestbemessungsgrundlage 898,33 €)	nein	133,85 €
Selbstständige (Mindestbemessungsgrundlage 2.021,25 €)	nein ja	301,17 € 313,29 €
Existenzgründer § 57 SGB III oder § 421 I SGB III (Mindestbemessungsgrundlage 1.347,50 €)	nein ja	200,78 € 208,86 €
Höchstbeitrag für Selbstständige, Existenzgründer	nein ja	586,69 € 610,31 €
Höchstbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte	nein	586,69 €
Freiwillig versicherte Studenten	nein	133,85 €

\* Beitragszuschuss des Arbeitgebers: 287,44 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 (z. B. Betriebsrenten) Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Das gilt auch für Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das neben der Rente erzielt wird.

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

Bei freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentnern werden alle Einnahmen der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. Nacheinander werden dabei Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen und sonstige Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (siehe Beitragshöhe Seite 19) berücksichtigt. Zu sonstigen Einnahmen zählen Bezüge, die für die sogenannte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds relevant sind – z. B. Mieteinnahmen. Freiwillige Mitglieder tragen den Beitrag grundsätzlich allein. Sie erhalten jedoch vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den aus der Rente zu zahlenden Beiträgen. Der Zuschuss beträgt 7,3 Prozent der Rente (Stand 2013).

### **Was sind Versorgungsbezüge?**

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

### **Hierzu zählen**

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (mit Ausnahme von übergangsweise gewährten Bezügen, unfallbedingten Leistungen oder Leistungen der Beschädigtenversorgung),

- Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
- Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe eingerichtet sind,
- Renten und Landabgabereuten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme von Übergangshilfen,
- Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der Hüttenknapp-schaftlichen Zusatzversicherung.

### **Wie werden Kapitalleistungen behandelt?**

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

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

Die Beitragspflicht einer Kapitalauszahlung besteht dementsprechend für 120 Monate.

## **1.2.3 Eigene Regelung für Arbeitsuchende**

### **Wer bezahlt bei Arbeitslosigkeit den Arbeitgeberanteil?**

Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II (ALG II) und Unterhaltsgeld tragen die Bundesagentur für Arbeit und der Bund die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Das gilt allerdings erst mit Bewilligung der beantragten Leistung – in der Regel auch rückwirkend.

## 1.2.4 Eigene Regelung für Bedürftige

### **Sie können sich Ihre Kassenbeiträge nicht mehr leisten?**

Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger sind den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei den Gesundheitsleistungen gleichgestellt. Dementsprechend erhalten sie wie andere Versicherte eine Krankenversichertenkarte. Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) sind automatisch pflichtversichert in der GKV.

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

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

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

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

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

## 1.3 Prämien, Zusatzbeiträge und Sozialausgleich

Krankenkassen können Prämien auszahlen, wenn sie Überschüsse erzielen. Und sie müssen Zusatzbeiträge erheben, wenn die Finanzmittel, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten, für die Versorgung ihrer Versicherten nicht ausreichen.

### **Wann können Krankenkassen eine Prämie ausschütten?**

Übersteigen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Die Auszahlung von Prämien ist aber erst zulässig, wenn die Krankenkasse die gesetzlich vergebenen Mindestrücklagen zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit gebildet hat.

Vor dem Hintergrund der positiven Finanzentwicklung der GKV hat eine Reihe von Krankenkassen, deren Finanzreserven die gesetzlich vorgesehenen Mindestrücklagen erheblich überschreiten, Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt oder eine Auszahlung von Prämien an ihre Mitglieder beschlossen (Stand Ende 2012).

**Wann müssen Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben?**

Kommt eine Krankenkasse mit dem aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Geld nicht aus, muss sie zunächst versuchen, durch Einsparungen die Lücke zu schließen. Reicht auch das nicht, muss sie einen Zusatzbeitrag erheben. Die Krankenkasse entscheidet selbst, in welcher Höhe sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangen muss.

Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmalig einführt oder ihren Zusatzbeitrag erhöht, muss sie ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hierüber informieren. Der Zusatzbeitrag ist einkommensunabhängig und für alle Mitglieder einer Krankenkasse gleich. Die Satzung einer Krankenkasse muss Regelungen zur Festsetzung, Fälligkeit und Zahlung des Zusatzbeitrags enthalten.

**Wie errechnet sich der Zusatzbeitrag?**

Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge können unterschiedlich hoch sein. Es gibt aber für alle einen Orientierungswert – den sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Das ist eine Rechengröße: Jedes Jahr schauen sich die Experten des Schätzerkreises der gesetzlichen Krankenversicherung (zusammengesetzt aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes und des GKV-Spitzenverbandes) die Ausgaben- und Einnahmenerwartungen der gesetzlichen Krankenversicherung für das Folgejahr an. Auf dieser Grundlage wird errechnet, wie hoch der Finanzbedarf der Krankenkassen im kommenden Jahr sein wird, der nicht durch die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beitragszahlungen und Steuerzuschüssen gedeckt ist. Aus dieser Deckungslücke wird abgeleitet, wie hoch der Zusatzbeitrag des Folgejahres im Durchschnitt sein muss. Dieser „durchschnittliche Zusatzbeitrag“, der vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen festgelegt und bekannt gegeben wird, ist die Berechnungsgrundlage für den Sozialausgleich.

Aufgrund der positiven Finanzentwicklung der GKV werden zurzeit Zusatzbeiträge von Krankenkassen nicht mehr erhoben (Stand Ende 2012).

### Wann wird ein Sozialausgleich gewährt?

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag – nicht der Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkasse – ist der Maßstab für den Sozialausgleich. Die Regel lautet: Überschreitet der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes, ist dessen Belastungsgrenze erreicht. Dann greift der Sozialausgleich.

Der Sozialausgleich läuft für das Mitglied automatisch: Ohne dass der Versicherte einen Antrag stellen muss, führt in der Regel der Arbeitgeber oder der Rentenversicherer den Sozialausgleich durch. Dies funktioniert z. B. bei Arbeitnehmern in den meisten Fällen über die monatliche Entgeltabrechnung. Der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers oder der Rentnerin bzw. des Rentners wird um den Betrag reduziert, um den das Mitglied durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag überfordert ist. Das ausgezahlte Arbeitsentgelt bzw. der Rentenzahlbetrag ist dann also entsprechend höher.

### Rechenbeispiel

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	20 €
Zusatzbeitrag der Krankenkasse	18 €
Beitragspflichtige Einnahmen	800 €
davon 2 Prozent	16 €
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag minus 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen	$20 - 16 = 4$ €

Der Beitragszahler bekommt vier Euro Sozialausgleich. Um diesen Betrag wird das ausgezahlte Arbeitsentgelt oder die ausgezahlte Rente erhöht.

### Welche Stellen sind für Zusatzbeitrag und Sozialausgleich zuständig?

Zusatzbeiträge und Sozialausgleich gelten in der Regel für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Rentnerinnen und Rentner, für Studentinnen und Studenten, Auszubildende, Selbstständige, für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld I und Kurzarbeitergeld sowie für andere freiwillig oder pflichtversicherte Mitgliedergruppen.

### Die Besonderheiten:

- Für pflichtversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einer beitragspflichtigen Einnahme regelt der Arbeitgeber den Ausgleich.
- Für pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner ohne weitere beitragspflichtige Einnahmen übernimmt der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich.
- Für pflichtversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Rentnerinnen und Rentner mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen prüft die Krankenkasse den Anspruch auf Sozialausgleich. Sie informiert die Stellen, die den Beitrag abführen, über das jeweils anzuwendende Beitragsverfahren. Übersteigt eine Rente 260 Euro, zahlt allerdings immer der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich aus.
- Für freiwillig versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner, Studentinnen und Studenten sowie Selbstständige regelt die Krankenkasse den Sozialausgleich, da diese Versicherten auch ihren Beitrag direkt an ihre Krankenkasse zahlen. Es gelten die Grundlagen für die Mindestbemessung. So ist für Studentinnen und Studenten der BAföG-Bedarfssatz die Grundlage für den Sozialausgleich.
- Bei unständig Beschäftigten – also Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die nicht ständig bei demselben Arbeitgeber beschäftigt sind und die in keinem festen Arbeitsverhältnis stehen – ist ebenfalls die Krankenkasse für die Durchführung des Sozialausgleichs zuständig. In diesem Fall müssen die Mitglieder jedoch einen entsprechenden Antrag auf Sozialausgleich stellen, den sie frühestens für die zurückliegenden drei, längstens für die zurückliegenden zwölf Monate bei ihrer Krankenkasse einreichen können. Die Krankenkassen sind verpflichtet, diese Mitglieder kontinuierlich über ihr Antragsrecht zu informieren.
- Für Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten führt die Künstlersozialkasse den Sozialausgleich durch.
- Für Arbeitslosengeld I-Bezieherinnen und -Bezieher regelt die Bundesagentur für Arbeit den Ausgleich.

**Wer ist vom Zusatzbeitrag befreit?**

Folgende Mitgliedergruppen sind von der Zahlung eines Zusatzbeitrags befreit und benötigen folglich auch keinen Sozialausgleich, soweit sie über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen:

- Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Versorgungskrankengeld, Elterngeld und Mutterschaftsgeld,
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen,
- Auszubildende, die weniger als 325 Euro verdienen oder nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung arbeiten,
- Versicherte, die ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten oder an einem Bundesfreiwilligendienst teilnehmen.

Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld sind grundsätzlich von der Zahlung des Zusatzbeitrags befreit, unabhängig davon, ob sie über weitere beitragspflichtige Einnahmen verfügen. Die einzelne Krankenkasse kann jedoch in ihrer Satzung vorsehen, dass die Differenz zwischen dem durchschnittlichen und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag vom Mitglied zu zahlen ist (sog. sogenannter Differenzbetrag). Hierdurch besteht auch für die Mitglieder weiterhin ein Anreiz, in eine möglichst kostengünstige Krankenkasse zu wechseln.



**Sie planen wegen eines Zusatzbeitrags Ihre Krankenkasse zu kündigen?**

Grundsätzlich gilt eine gesetzliche Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten. Und Mitglieder, die ihrer Krankenkasse kündigen wollen, müssen mindestens 18 Monate lang dort versichert gewesen sein.

Sie haben jedoch ein Sonderkündigungsrecht, wenn

- die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag (oder Differenzbetrag) erhebt,
- den Zusatzbeitrag (oder Differenzbetrag) erhöht oder
- die Prämie, die sie auszahlt, senkt oder abschafft.

In diesen Fällen gilt die 18-monatige Bindungsfrist nicht.

Näheres zum Sonderkündigungsrecht finden Sie auf Seite 40.

**Beispiel**

Eine Krankenkasse beabsichtigt die erstmalige Erhebung eines Zusatzbeitrags zum 1. Mai. In ihrer Satzung ist als Fälligkeit der 15. des Folgemonats bestimmt.

Das bedeutet: erstmalige Fälligkeit des Zusatzbeitrags am 15. Juni. Die Krankenkasse muss bis zum 15. Mai ihre Mitglieder über die Erhebung eines Zusatzbeitrags informieren.

## 1.4 Wahltarife und Bonusprogramme

### 1.4.1 Wahltarife: persönliche Bedürfnisse berücksichtigen

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

#### Wahltarife im Überblick

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

#### Wahltarife im Pflichtangebot der Krankenkassen

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

##### Wahltarif für Integrierte Versorgung

Für eine Vielzahl von Krankheiten gibt es mittlerweile integrierte Versorgungsangebote. Hier werden Patientinnen und Patienten vernetzt behandelt. In diesen integrierten Versorgungsnetzen können neben Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch nichtärztliche Leistungserbringer wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten eingebunden werden. Dadurch werden Mehrfachuntersuchungen vermieden und die Behandlung individuell verbessert.

**Hausarztтарif (hausarztzentrierte Versorgung)**

Die meisten Erkrankungen kann der Hausarzt abschließend behandeln. Wer sich verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst seinen 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.

**Wahlтарif für strukturierte Behandlungsprogramme**

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

**Krankengeldтарif für Selbstständige**

Bestimmte Versicherte wie Selbstständige oder befristet Beschäftigte können sich mit diesem Tarif einen Krankengeldanspruch sichern. Für den Krankengeldтарif mit Krankengeldanspruch ab Beginn der Krankheit verlangt die Kasse einen Prämienzuschlag. Die Versicherten können sich dabei für einen Wahlтарif entscheiden, der keine Altersstaffelungen enthalten darf. Oder sie zahlen den allgemeinen Beitragsatz der gesetzlichen Krankenversicherung und haben damit den gesetzlichen Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit.

**Freiwillige Wahlтарif-Angebote der Krankenkassen**

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

### **Selbstbehalttarif**

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

#### **So funktioniert der Selbstbehalttarif – ein Beispiel**

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

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

### **Kostenerstattungstarif**

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

### **Tarife für besondere Arzneimitteltherapien**

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

### **Beitragsrückerstattungstarif**

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

### **Bindungsfristen der Wahltarife**

Wie lange sind Wahltarife für Versicherte bindend?

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

## **1.4.2 Bonusprogramme**

### **Passende Bonussysteme**

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

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

## 1.4.3 Zusatzleistungen und Zusatzversicherungen

### **Erweiterte Leistungen der Krankenkassen?**

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

### **Private Zusatzversicherungen**

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

## 1.4.4 Sonderregelungen für freiwillig Versicherte in der GKV

Für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Selbstständigen ohne Anspruch auf Krankengeld gilt der einheitliche ermäßigte Beitragssatz in Höhe von derzeit 14,9 Prozent (Stand 2013). Der Versicherungsschutz umfasst zunächst keinen Krankengeldanspruch – also keinen Anspruch auf die Fortzahlung eines Entgelts im Krankheitsfall. Da Selbstständige ihren Verdienst selbst erwirtschaften, müssen sie sich für eine Fortzahlung auch selbst gegen einen Verdienstaustausfall versichern. Dafür bietet die gesetzliche Krankenversicherung zwei Möglichkeiten:

- Krankengeldwahltarif: Die Krankenkassen müssen einen solchen Tarif anbieten, dürfen dafür aber auch einen Prämienzuschlag verlangen, der von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich sein kann. Gesundheitsprüfungen wie in der privaten Krankenversicherung sind dabei nicht zulässig.
- Allgemeiner Beitragssatz: Der Beitragssatz von 15,5 (statt des ermäßigten von 14,9 Prozent) deckt den „gesetzlichen“ Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit ab.

Für Selbstständige, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt je nach Krankengeldanspruch ein Mindestbeitrag von etwa 301 bis 313 Euro (Stand 2013). Liegt Bedürftigkeit vor, kann dieser Beitrag auf etwa 200 bis 209 Euro reduziert werden.

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

## 1.5 Wahl und Wechsel der Krankenkasse

Versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder können grundsätzlich eine der folgenden Krankenkassen frei wählen. Ausnahme: Die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind berufsständische Krankenkassen und fallen deshalb nicht unter das allgemeine Kassenwahlrecht.

### **Welche Wahlmöglichkeiten gibt es in der GKV?**

Als versicherungspflichtiges oder freiwilliges Mitglied können Bürgerinnen und Bürger grundsätzlich eine der folgenden Krankenkassen frei wählen:

- die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ihres Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse, auch solche, deren Namen auf bestimmte Berufsgruppen hinweisen, deren Zuständigkeit sich aber auf Ihren Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
- eine Betriebskrankenkasse (BKK) oder Innungskrankenkasse (IKK), wenn eine Beschäftigung in einem Betrieb besteht – oder vor dem Rentenbezug bestand –, für den eine BKK oder IKK existiert,
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Rücksicht auf die Betriebszugehörigkeit, sofern sie sich durch eine Satzungsregelung „geöffnet“ hat; bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- die Krankenkasse, bei der die Ehepartnerin oder der Ehepartner versichert ist,
- die Krankenkasse, bei der zuletzt vor Beginn der Versicherungspflicht oder -berechtigung eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat.

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



## 1.5.1 Lohnt sich der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse?

Gesetzliche Krankenkassen nutzen eine Vielzahl von Möglichkeiten, sich auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Versicherten einzustellen. Dazu gehören Wahltarife, Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Auch Zusatzbeiträge oder Prämien sind ein wichtiges Kriterium für Versicherte. Vor einer Entscheidung lohnt es, sich von unabhängigen Verbraucherorganisationen wie den Verbraucherzentralen ([www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)) oder der Stiftung Warentest ([www.test.de](http://www.test.de)) beraten zu lassen.

### Die wichtigsten Fragen bei einem Wechsel

- Welche speziellen Wahltarife bietet die Krankenkasse?
- Verlangt die Kasse Zusatzbeiträge oder zahlt sie eine Prämie aus?
- Wer bietet die beste Beratung?
- Ist die persönliche Beratung vor Ort wichtig oder reicht eine telefonische Beratung oder eine Beratung via Internet?
- Welche Zusatzleistungen bietet die Krankenkasse?
- Welche Behandlungsprogramme werden angeboten?
- Welches Bonussystem passt individuell am besten?
- Was ist bei einer Kündigung zu beachten?

## 1.5.2 Kündigung

### Der Wechsel in eine andere gesetzliche Krankenkasse

Gesetzlich Versicherte können die Krankenkasse wechseln. Keine wählbare gesetzliche Kasse darf eine Mitgliedschaft verwehren. Allerdings müssen Versicherte dabei Fristen und Regeln beachten.

Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse kann gekündigt werden, wenn die gesetzliche Mindestbindungsfrist von 18 Monaten für die Wahl der Krankenkasse erfüllt ist. Diese Wahlmöglichkeit besteht gleichermaßen für pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder. Die Kündigung wirkt zum Ende des übernächsten Kalendermonats – gerechnet von dem Monat an, in dem die Kündigung ausgesprochen wird. Sie wird aber nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse das Bestehen einer anderweitigen Absicherung

im Krankheitsfall nachweist. Bei einem Krankenkassenwechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschieht dies durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung, die von der neu gewählten Krankenkasse ausgestellt wird.

### **Welche Kündigungsfristen gelten?**

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

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

- wenn die Kündigung der Mitgliedschaft eines freiwilligen Mitglieds erfolgt, weil die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung erfüllt sind,
- wenn die Kündigung erfolgt, weil die Absicherung im Krankheitsfall anschließend außerhalb der GKV sichergestellt werden soll (z. B. 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 erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt, einen bestehenden Zusatzbeitrag erhöht oder eine bisherige Prämienzahlung verringert. In diesen Fällen kann die Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Kalendermonats auch dann beendet werden, wenn sie noch keine 18 Monate bestanden hat.

Zu diesem Zweck muss die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit des (erhöhten) Zusatzbeitrags bzw. der verringerten Prämienzahlung auf das Kündigungsrecht hinweisen. Erfolgt der Hinweis verspätet, verschiebt sich entsprechend die Frist, in der das betroffene Mitglied sein Sonderkündigungsrecht

ausüben kann und die Zahlung des erstmaligen oder erhöhten Zusatzbeitrags fällig ist. Bei wirksamer Kündigung wird der (erhöhte) Zusatzbeitrag nicht erhoben.

Vereinigen sich mehrere Krankenkassen zu einer neuen Krankenkasse, steht den Mitgliedern ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn die neu entstandene Krankenkasse einen höheren Beitragssatz oder Zusatzbeitrag erhebt oder eine geringere Prämienzahlung leistet als ihre frühere Krankenkasse.

### **Kündigung eines Wahltarifs**

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

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

### **Wie läuft eine Kündigung ab?**

Versicherte müssen ihrer Krankenkasse schriftlich kündigen. Diese ist verpflichtet, unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Nach Vorlage der Kündigungsbestätigung stellt die neue Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung aus. Mit der Vorlage dieser neuen Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse wird Ihre Kündigung wirksam. Wenn keine Mitgliedschaft in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen werden soll, ist der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (z.B. eine private Krankenversicherung), damit die Kündigung wirksam wird.

### 1.5.3 Wechsel bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse

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

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

## 1.6 Versicherungsschutz im Ausland

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

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

Mit einigen weiteren Ländern wie z. B. Israel, Kroatien, 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“ (EHIC) oder eine Anspruchsbescheinigung ausstellen lassen. (Die EHIC kann auch auf der Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte [eGK] aufgedruckt werden.)

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

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

### **Nachträgliche Erstattung einer Behandlung im Ausland**

Wenn Versicherte eine Ärztin, einen Arzt, eine Zahnärztin, einen Zahnarzt oder einen anderen medizinischen Leistungserbringer innerhalb der Europäischen Union und des EWR in Anspruch nehmen, können sie auch vor Ort die Behandlungskosten bezahlen und dann die Rechnungsbelege bei ihrer Krankenkasse in Deutschland einreichen. Die Kosten werden jedoch nur bis zu der Höhe übernommen, wie sie bei einer inländischen Behandlung erstattet werden. Die Krankenkasse kann darüber hinaus Abschläge vornehmen – z. B. für erhöhte Verwaltungskosten. Versicherte sollten sich daher am besten vor einer Behandlung im europäischen Ausland bei ihrer Krankenkasse informieren, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt.

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

### **Wenn keine private Auslandskrankenversicherung für eine Behandlung außerhalb der EU abgeschlossen werden kann**

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

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

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

## 1.7 Private Krankenversicherung (PKV)

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

**Wie bemessen private Krankenversicherungen die Beiträge?**

Im Gegensatz zur GKV, bei der sich die Versicherungsbeiträge weitgehend nach dem Einkommen der Versicherten richten, bemisst sich der Beitrag in der PKV nach dem Risiko der Versicherten bei Abschluss des Versicherungsvertrags. Dieses hängt von verschiedenen Faktoren ab – insbesondere vom Eintrittsalter und der individuellen Invaliditäts- und Krankheitsgefahr. Außerdem ist der vereinbarte Leistungsumfang für die Prämienhöhe von Bedeutung; durch die Vereinbarung von Selbstbehalten kann die Höhe der Prämie in der Regel reduziert werden. Das Geschlecht spielt bei der Berechnung der Beitragshöhe keine Rolle mehr.

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

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

Der Basistarif ist in seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar. Der Versicherungsbeitrag darf den jeweiligen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Der Beitrag im Basistarif (610,31 €; Stand 1.1.2013) wird jeweils zum 1. Januar eines Jahres neu ermittelt und zum 1. Juli eines Jahres angepasst. Kann jemand den Beitrag aufgrund von Hilfebedürftigkeit nicht bezahlen, wird die Prämie halbiert. Ist auch das zu viel, leistet der Grundsicherungs- bzw. Sozialhilfeträger Zuschüsse im erforderlichen Umfang, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden. Der Basistarif steht grundsätzlich allen Personen offen, die sich nach dem 1. Januar 2009 neu in der PKV versichert haben bzw. versichern, sowie Personen ohne Versicherungsschutz, die ehemals in der PKV versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind, freiwilligen Mitgliedern der GKV innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Wechsellmöglichkeit zur PKV. Das Versicherungsunternehmen ist dabei frei wählbar.

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

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

Darüber hinaus besteht für bestimmte ältere PKV-Versicherte sowie u. a. für Personen im Ruhestand bzw. für Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher die Möglichkeit, unter Anrechnung der Alterungs-



rückstellung in den sogenannten Standardtarif des bisherigen Versicherungsunternehmens zu wechseln. Von dieser Möglichkeit können jedoch nur Personen Gebrauch machen, die bereits am 31. Dezember 2008 privat krankenversichert waren. Der Beitrag im Standardtarif darf den Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Für Ehepaare ist der Beitrag auf 150 Prozent des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

### **Wann können freiwillige Mitglieder der GKV in die PKV wechseln?**

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

#### **Sie möchten aus einer gesetzlichen Krankenkasse zu einer privaten Krankenversicherung wechseln?**

Jeder Beschäftigte, für den die Regelungen zur freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse zutreffen, kann sich alternativ auch privat versichern.

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

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

## 1.7.1 Alterungsrückstellungen

### **Was sind Alterungsrückstellungen?**

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

### **Was passiert bei einem Tarif- oder Versicherungswechsel mit Alterungsrückstellungen?**

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

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

## 1.8 Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

### **Wie funktioniert die eGK?**

Mit der elektronischen Gesundheitskarte, die die bisherige Krankenversichertenkarte ersetzt, können Daten in Zukunft elektronisch sicher und schnell einem Behandler zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, die Rolle der Patienten zu stärken und dabei auch Kosten zu senken.

Seit Oktober 2011 stellen gesetzliche Krankenkassen ihre Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten aus. Dabei werden die Anwendungen schrittweise eingeführt. Zunächst werden – wie auf der jetzigen Krankenversichertenkarte – die administrativen Daten der Versicherten (z. B. Name, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenversicherungsnummer) gespeichert. Anders als die Krankenversichertenkarte enthält die Gesundheitskarte ein Lichtbild der oder des Versicherten. Das Lichtbild hilft, Verwechslungen zu vermeiden und die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen, und trägt somit dazu bei, Kosten zu sparen. Die Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte kann für die „Europäische Krankenversicherungskarte“ verwendet werden und macht eine unbürokratische Behandlung innerhalb Europas möglich.

In einem weiteren Schritt ist ein Online-Abgleich der auf der Gesundheitskarte gespeicherten Versichertenstammdaten mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten der Versicherten oder des Versicherten vorgesehen. So können Veränderungen, die der Versicherte bereits an seine Krankenkasse gemeldet hat, z. B. eine Adressänderung, beim nächsten Arztbesuch automatisch per Knopfdruck auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisiert werden. Ungültige sowie verloren oder gestohlen gemeldete Karten können besser als bisher erkannt werden. Missbrauch zulasten der Versichertengemeinschaft kann so weiter reduziert werden.

Im Notfall kann es lebensrettend sein, dass die Ärztin oder der Arzt Informationen, z. B. über bestehende Vorerkrankungen oder Allergien des Versicherten, erhält. In der nächsten Ausbaustufe ist daher vorgesehen, dass die Versicherte oder der Versicherte diese Informationen als Notfalldaten auf der Gesundheitskarte speichern lassen kann, wenn er dies wünscht.

Jede Versicherte und jeder Versicherter entscheidet selbst, ob und in welchem Umfang er von den neuen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte in Zukunft Gebrauch machen möchte. Er bestimmt auch, ob und in welchem Umfang er eine Anwendung wie die Notfalldaten nutzen möchte. Darüber hinaus kann er seine Daten einsehen bzw. sich ausdrucken oder auch wieder löschen lassen. Nur die Verwaltungsdaten der Versicherten werden – wie jetzt bei der Krankenversicherungskarte – verpflichtend auf der Gesundheitskarte gespeichert.

Datenschutz und Praktikabilität haben höchste Priorität und werden durch gesetzliche und technische Maßnahmen sichergestellt. Der Vorteil der elektronischen Gesundheitskarte gegenüber der Krankenversicherungskarte liegt darin, dass sie einen Prozessor enthält und wie ein Minicomputer funktioniert. Dadurch wird es möglich, sensible Gesundheitsinformationen zu verschlüsseln und gegen unberechtigten Zugriff zu schützen.

Medizinische Informationen, die mit der Gesundheitskarte gespeichert werden, können nur dann entschlüsselt und gelesen werden, wenn die Patientin oder der Patient seine elektronische Gesundheitskarte und die Ärztin oder der Arzt seinen elektronischen Heilberufsausweis in das Kartenterminal schiebt (Zwei-Schlüssel-Prinzip) und die Patientin oder der Patient dem Zugriff durch die Eingabe seiner PIN auch technisch zustimmt. Eine Ausnahme bilden die Notfalldaten, hier ist für einen Zugriff situationsbedingt keine PIN-Eingabe der Patientin oder des Patienten erforderlich. Der Heilberufsausweis der Ärztin bzw. des Arztes oder der Rettungsassistentin bzw. des Rettungsassistenten ist aber in jedem Fall erforderlich.

Neben der Bereitstellung von Notfalldaten soll die elektronische Gesundheitskarte künftig auch wichtige Informationen zur medikamentösen Therapie der oder des Versicherten speichern und so die Sicherheit der persönlichen Arzneimitteltherapie erhöhen. Darüber hinaus wird Versicherten die Möglichkeit gegeben, die Erklärung zur persönlichen Organspendebereitschaft auch mittels der elektronischen Gesundheitskarte verfügbar zu machen.

## 1.9 Begriffe und Institutionen

### **Der Gesundheitsfonds**

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

Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten plus alters-, geschlechts- und risiko-adjustierte Zu- und Abschläge zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Hierdurch wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt. Krankenkassen mit älteren und kranken Versicherten erhalten dementsprechend mehr Finanzmittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Darüber hinaus erhalten alle Krankenkassen weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (z. B. Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die finanzielle Ausgangssituation der Krankenkassen nicht mehr von ihrer Versichertenstruktur im Hinblick auf Morbidität und Einkommen abhängig ist, sondern dass die Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen gleich sind.

### **Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)**

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

Der Morbi-RSA berücksichtigt 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten besonders und gleicht so den unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten verschiedener Krankenkassen gezielt aus. Einen Morbiditätszuschlag erhalten die Krankenkassen z. B. für Versicherte mit Diabetes mellitus, Parkinson, HIV/AIDS, Hämophilie (Bluterkrankheit) und Herzinsuffizienz.

### **Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**

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

Der G-BA hat u. a. die Aufgabe, Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden zu prüfen. Hierbei kann er das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des aktuellen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Methoden beauftragen.





## 2 Medizinische Versorgung

### **Anspruch auf eine verlässliche Gesundheitsversorgung**

Ob chirurgische Eingriffe, Physiotherapie oder Arzneimittel – die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen alle medizinisch notwendigen Leistungen. Durch den medizinischen Fortschritt entstehen neue Therapiemöglichkeiten und Arzneimittel und verbessern so die Behandlungsmöglichkeiten. Allen Versicherten kommt dies zugute – unabhängig von den Beiträgen, die sie zahlen.

## 2.1 Vorsorge, Rehabilitation und Früherkennung

### 2.1.1 Gesund bleiben: Prävention

Prävention bezeichnet vorbeugende Maßnahmen, um insbesondere Krankheiten zu vermeiden. Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern sie treten im Laufe des Lebens auf. Menschen können eine Menge tun, um so manche Krankheit zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken. Dazu zählen vor allem regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, die Pflege familiärer und freundschaftlicher Beziehungen sowie ausreichende Erholung und Stressbewältigung. Gerade die sogenannten „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) können in vielen Fällen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden, zumindest aber positiv beeinflusst werden.

Wer regelmäßig etwas für seine Gesundheit tut, fühlt sich körperlich und geistig wohler. Und damit die vielfältigen Gesundheitsangebote in Gemeinden, Schulen oder Betrieben dauerhaft für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper motivieren, sind sie so angelegt, dass die unterschiedlichsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer Spaß dabei haben.

Durch eigene Beobachtung und regelmäßige Untersuchungen können erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkannt werden – auch das gehört ganz wesentlich zur Prävention. Deshalb gilt: Wer etwas für seine Gesundheit tun will, geht nicht erst zur Ärztin oder zum Arzt, wenn sich Beschwerden einstellen. Im Übrigen sind Früherkennungsuntersuchungen zuzahlungsfrei.

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

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

### **Etwas für die eigene Gesundheit tun**

Ob Ernährungstipps von Profis, Nordic Walking für Senioren, Turnen für Kinder oder autogenes Training für gestresste Berufstätige – es gibt heute eine Vielzahl von Angeboten, um aktiv etwas für die Gesundheit zu tun. Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, welche Möglichkeiten der Prävention es gibt. Die Krankenkassen vermitteln ihnen entsprechende Angebote in ihrer Nähe. Die regelmäßig von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollten genutzt werden (siehe Übersicht Seite 108 ff.).

### **Gibt es finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen für Prävention?**

Die Krankenkassen bieten qualitätsgesicherte Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an und beteiligen sich an deren Kosten. Zudem honorieren sie im Rahmen von Bonusprogrammen das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten. Zu Beginn eines

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

## 2.1.2 Vorsorge und Rehabilitation

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

### **Vorsorge**

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

### **Rehabilitation**

Das Ziel: Im Alltagsleben so gut wie möglich wieder zurechtkommen – die aus gesundheitlichen Gründen bedrohte oder beeinträchtigte Teilhabe der Patientinnen und Patienten soll durch rehabilitationsmedizinische Versorgung wiederhergestellt, verbessert oder vor Verschlimmerung bewahrt werden. Die Maßnahmen helfen dabei, Leistungsfähigkeit wiederherzustellen. Das Spektrum reicht von Massagen und Heilbädern über gezielte Krankengymnastik oder Ergotherapie bis zu psychotherapeutischen Gesprächen.

**Wer ist für Rehabilitationsleistungen und Vorsorge zuständig?**

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

Oftmals ist nach einer Operation oder nach einem Krankenhausaufenthalt wegen einer schweren Erkrankung – z. B. nach einem Herzinfarkt, einer Hüftoperation oder einer Tumorerkrankung – eine direkte Anschlussrehabilitation notwendig. Um den nahtlosen Übergang zu gewährleisten, sollte der Antrag hierfür bereits im Krankenhaus gestellt werden. Patientinnen und Patienten sollten deshalb frühzeitig mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt der Klinik sprechen – auch der Sozialdienst kann hier als Ansprechpartner weiterhelfen.

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

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

#### **1. Stationäre Rehabilitation**

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

#### **Teilstationäre Rehabilitation**

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

#### **2. Ambulante Rehabilitation**

Bei der ambulanten Reha werden an Kurorten und in Spezialeinrichtungen gezielte komplexe Maßnahmen erbracht, zu denen ärztliche, physiotherapeutische, psychotherapeutische und weitere Leistungen gehören. Die Patientinnen und Patienten kommen nur zur Behandlung in die Einrichtungen. Ist ihnen auch das nicht möglich, „kommt die Rehabilitation auch ins Haus“ – d. h. bestimmte Leistungen der Rehabilitation und Vorsorge werden auch in der gewohnten Umgebung der Patientinnen und Patienten durch mobile Reha-Teams angeboten.

**Welches Ziel hat die geriatrische Rehabilitation?**

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben. Darauf ist die geriatrische (altersmedizinische) Rehabilitation ausgerichtet. Sie kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Einsatz mobiler Reha-Teams. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann auch z. B. in stationären Pflegeeinrichtungen Rehabilitationsleistungen erhalten.

**Welchen Anspruch haben Eltern?**

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

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

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

**Kann man seine Rehabilitationseinrichtung selbst auswählen?**

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

Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Etwas anderes gilt für Einrichtungen, die mit der Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag haben. Solche Einrichtungen können Versicherte ohne besondere Begründung wählen. Ist die gewählte Einrichtung allerdings teurer als die Vertragspartner der Krankenkasse, müssen Versicherte die Mehrkosten selbst tragen.

### **Welche Zuzahlungen müssen Versicherte leisten?**

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

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

#### **Beispiel**

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

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

Grundsätzlich gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen ist nicht möglich. Sobald Versicherte ihre Belastungsgrenze erreicht haben – zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen oder ein Prozent, wenn Versicherte schwerwiegend chronisch krank sind (sogenannte „Chronikerregelung“ vgl. Seite 67), werden sie für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

### **Betriebliche Gesundheitsförderung**

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

Damit Arbeit nicht krank macht und Unfällen vorgebeugt wird, unterstützen Krankenkassen die Gesundheitsförderung in Betrieben. Sie arbeiten dabei sowohl mit den Unfallversicherungsträgern eng zusammen als auch mit den Unternehmen selbst.

Gesunde und motivierte Beschäftigte sind eine Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Vorausschauende Unternehmen haben deshalb die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten systematisch in ihr Betriebsmanagement aufgenommen. Dabei erarbeiten sie gemeinsam mit den Beschäftigten und vor allem den dafür ernannten Verantwortlichen des Betriebes Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und wirken an der Umsetzung mit.

### **Bei der Arbeit etwas für die Gesundheit tun**

Einseitige körperliche Belastung, langes Sitzen, immer wiederkehrende Stressmomente – Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern fallen täglich gesundheitsbelastende Effekte ihrer Arbeit auf. Viele davon lassen sich mildern und manche auch vermeiden. Es gibt viele Beispiele, in denen Arbeitgeber die Vorschläge ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter z. B. für die gesundheitsfördernde Umgestaltung von Arbeitsabläufen, Bewegungsförderung, Stressbewältigung oder auch



für eine gesündere Kantinenkost umgesetzt haben. Jede Krankenkasse bietet dazu ein reichhaltiges Informationsangebot und bei Wunsch auch persönliche Beratung.

### **Was können Arbeitgeber anbieten?**

Yoga-Kurs im Besprechungsraum, kostenlose Schutzimpfungen vom Werksarzt, orthopädische Bälle statt Bürostühle und Äpfel in der Kantine – Arbeitgebern fällt heute eine Menge ein, wie sie und ihre Beschäftigten gesünder und motivierter arbeiten können. Betriebliche Gesundheitsförderung gehört zu den zentralen Zukunftsthemen im Management. Kompetente Partner sind dabei die Krankenkassen. Ihre Expertinnen und Experten beraten und begleiten Unternehmen von den ersten Anfängen gesundheitsfördernder Maßnahmen bis zum fest etablierten betrieblichen Gesundheitsmanagement.

## **2.1.3 Früherkennung**

### **Welche Früherkennungsuntersuchungen werden empfohlen?**

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

Durch Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen für Schwangere, Neugeborene und Kinder sollen bestimmte Erkrankungen, Gesundheitsrisiken und Fehlentwicklungen möglichst frühzeitig erkannt und ihnen durch früh einsetzende Behandlung entgegengewirkt werden. Gegenüber den Untersuchungen bei Erwachsenen haben Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern vor allem das Ziel, Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen zur Frühbehandlung und Frühförderung einzuleiten. Bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres haben Kinder Anspruch auf zehn entsprechende Untersuchungen (U1 bis U9, inklusive U7a), nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine weitere Untersuchung (J1) zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung gefährden könnten.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene, um bestimmte Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) sowie einige Krebsarten rechtzeitig zu erkennen und möglichst erfolgreich behandeln zu können. Neben dem sogenannten Check-up 35 gehören verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z. B. auf Darm-, Brust-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs) zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Einen Überblick zum Früherkennungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen gibt die Tabelle auf Seite 108.

### **Werden alle Früherkennungsuntersuchungen von der Krankenkasse erstattet?**

Alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet – sie sind generell zuzahlungsfrei. Manche Krankenkassen bieten darüber hinaus zuzahlungsfreie Untersuchungen an. Darüber informieren sie in ihren Mitgliederzeitschriften.

### **Welchen Service bieten die gesetzlichen Krankenkassen bei der Früherkennung?**

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

## 2.2 Besondere Versorgungsformen

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

### 2.2.1 Hausarzt als Lotse

#### **Welcher Arzt oder welche Ärztin sollte im Krankheitsfall als Erstes aufgesucht werden?**

Wenn gesetzlich Versicherte ärztliche Hilfe benötigen, können sie grundsätzlich jede Ärztin bzw. jeden Arzt ihres Vertrauens aufsuchen, die oder der für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen ist. Seit dem 1. Januar 2013 fällt hierfür keine Praxisgebühr mehr an. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie sollten für Versicherte die erste Anlaufstation sein, um die gesamte Behandlung zu koordinieren.

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

### **Was bedeutet hausarztzentrierte Versorgung?**

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen eine hausarztzentrierte Versorgung als Wahltarif anbieten. Hierzu schließen die Kassen mit Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Wenn Versicherte freiwillig daran teilnehmen, verpflichten sie sich gegenüber ihrer Krankenkasse für ein Jahr, ausschließlich eine bestimmte Hausärztin oder einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen und immer zunächst dorthin zu gehen. Für die hausarztzentrierte Versorgung müssen die Krankenkassen ihren Versicherten einen speziellen Hausarztтарif anbieten. Das bedeutet: Wer sich immer zuerst von seiner Hausärztin oder seinem Hausarzt behandeln lässt, kann von seiner Krankenkasse Vergünstigungen bekommen. Allerdings sind die Krankenkassen hierzu nicht verpflichtet.

## **2.2.2 Integrierte Versorgung**

Bei der integrierten Versorgung geht es um die Verzahnung der verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem. Also um die Zusammenarbeit ambulanter Versorgung, stationärer Versorgung, Rehabilitation etc.). Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie Angehörige anderer Heilberufe arbeiten in der Integrierten Versorgung zusammen. Dabei stellt nicht jeder Profi seine eigene Diagnose – sie alle arbeiten von Anfang an zusammen auf einer gemeinsamen Datenbasis. So entsteht eine Behandlung, in der sich jede Fachrichtung bestmöglich und zum Wohle der Patientinnen und Patienten einfügt (integriert).

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

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

### 2.2.3 Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme)

Für bestimmte chronische Krankheiten – wie z. B. für Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) – bieten die gesetzlichen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme an. An diesen sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP) können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen. In diesen Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie Heilberufler koordiniert zusammen. Gemeinsam behandeln sie Patientinnen und Patienten nach neuesten Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich überprüft ist.

Die Patientinnen und Patienten werden regelmäßig über Diagnosen und therapeutische Schritte informiert und von Anfang an in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen. Dazu werden unter anderem eigene Schulungen angeboten. Gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten vereinbaren sie einen auf sie zugeschnittenen Therapieplan, individuelle Therapieziele sowie regelmäßige Folgetermine. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen für Versicherte, die sich in ein solches strukturiertes Behandlungsprogramm freiwillig einschreiben und sich aktiv daran beteiligen möchten, einen entsprechenden Wahltarif anbieten.

Bei der Zuzahlung gilt für chronisch Kranke eine verminderte Belastungsgrenze von einem statt der sonst üblichen zwei Prozent der Bruttoeinnahmen (sogenannte „Chronikerregelung“).

## 2.2.4 Medizinische Versorgungszentren

### **Welche Vorteile bieten Versorgungszentren für Patientinnen und Patienten?**

In medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach. Häufig sind im gleichen Gebäude auch noch andere Therapeutinnen und Therapeuten (wie z. B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) tätig. Hier ist Gesundheitskompetenz an einem Ort versammelt. Gesundheitsprofis arbeiten bei der Behandlung eng zusammen und verständigen sich gemeinsam über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie ihrer Patientinnen und Patienten. Durch diese strukturierte und koordinierte Behandlung können z. B. Arzneimittel besser aufeinander abgestimmt und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

### **Wie arbeiten Praxisnetze?**

Ein Praxisnetz ist ein lokaler oder regionaler Verbund von Arztpraxen zur organisierten Zusammenarbeit. Diese Arztpraxen arbeiten zwar häufig nicht unter einem Dach, sie arbeiten aber gut aufeinander abgestimmt zusammen. Solche Kooperationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte werden vertraglich vereinbart; an ihnen dürfen sich auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe beteiligen. Ihre Zusammenarbeit dient unter anderem der Erfüllung bestimmter Versorgungsaufträge, der Qualitätssicherung oder der Teilnahme an der Integrierten Versorgung.

## 2.2.5 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

### **Wann können Krankenhäuser auch ambulant behandeln?**

Grundsätzlich gilt, dass die ambulante ärztliche Versorgung niedergelassenen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren obliegt, nicht hingegen den Krankenhäusern, die der Sicherstellung der stationären Versorgung dienen. Soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte nicht gewährleistet ist, können Krankenhäuser oder auch

einzelne Krankenhausärzte zur ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt werden.

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

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

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

## 2.3 Zahnärztliche Behandlung

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

### **Welche Leistungen bieten Zahnärztinnen und Zahnärzte?**

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

## 2.3.1 Zahnärztliche Leistungen

### **Jährliche Kontroll-/Bonusuntersuchung**

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

### **Individualprophylaxe**

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

### **Zahnärztliche Behandlung**

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

### **Kieferorthopädische Behandlungen**

Die Korrektur von Kiefer- oder Zahnfehlstellungen z. B. mit Zahnspannen werden bei medizinisch begründeten Indikationen bis zum 18. Lebensjahr übernommen.

### **Behandlung mit Zahnersatz**

Sie umfasst die Versorgung u. a. mit Kronen, Brücken und Prothesen. Bei medizinisch notwendigem Zahnersatz übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen befundbezogenen Festzuschuss. Dieser orientiert



sich am zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung – der sogenannten Regelversorgung. Sofern Versicherte mindestens fünf Jahre vor Beginn der Behandlung entsprechende Kontroll-/ Bonusuntersuchungen nachweisen können, erhöht sich der Festzuschuss und kann nach zehn Jahren bis zu 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung betragen. Den Rest müssen Versicherte selbst zuzahlen, auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen sie selbst auf.

### 2.3.2 Kosten für Zahnersatz

#### **Welche Leistungen erstattet die Krankenkasse?**

Die Krankenkassen übernehmen befundbezogene Festzuschüsse für medizinisch notwendigen Zahnersatz. An die Stelle des früheren prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz sind befundbezogene Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung getreten. Das bedeutet: Maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist nicht die gewählte Versorgung im Einzelfall. Der Festzuschuss orientiert sich an den Kosten der Versorgung, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem zugrunde liegenden Befund anfallen. Versicherte können sich also für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Informationen dazu gibt jede Krankenkasse.

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

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt das Einkommen Versicherter unter einer bestimmten Einkommensgrenze (monatliche Einkommensgrenze für Alleinstehende 2013: 1.078 Euro, für Personen mit einem Angehörigen bei 1.482,25 Euro, für Personen mit zwei Angehörigen bei 1.751,75 Euro und bei Personen mit drei Angehörigen bei 2.021,25 Euro), erhalten sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen.

### Beispiel

Die Krankenkasse übernimmt bei Anspruchsberechtigten im Fall einer unzumutbaren Belastung z. B. bei der Versorgung mit einer Einzelkrone zu dem normalen Festzuschuss (ohne Bonus) in Höhe von 126,61 Euro zusätzlich die gleiche Summe, also insgesamt 253,22 Euro (= doppelter Festzuschuss). Reicht nun im Einzelfall dieser Betrag für die Versorgung mit der Regelleistung ausnahmsweise nicht aus, so erhöht sich der Anspruch auf die tatsächlich für die Regelversorgung angefallenen Kosten.

Für alle anderen gilt eine **gleitende Härtefallregelung**: Die maximale Zuzahlung ist auf das Dreifache des Betrages begrenzt, um den das Bruttoeinkommen die zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze überschreitet. Versicherte, deren Einkommen nahe an den Befreiungsgrenzen liegt, sollten sich daher von ihrer Krankenkasse hinsichtlich ihres tatsächlichen Anspruchs auf die gleitende Härtefallregelung beraten lassen.

### Beispiel

Ein alleinstehender Versicherter hat ein Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt in Höhe von 1.125 Euro. Damit liegt er 47 Euro über 1.078 Euro, der für ihn maßgebenden Einnahmegrenze. 47 Euro multipliziert mit 3 ergeben 141 Euro. Die Eigenbeteiligung beträgt mithin höchstens 141 Euro.

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

## 2.4 Angebote für besondere Personengruppen

### 2.4.1 Angebote für werdende Mütter

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

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

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

**Wie berechnet sich das Mutterschaftsgeld?**

Mutterschaftsgeld wird regelmäßig für sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt gezahlt – bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem durchschnittlichen Entgelt der letzten drei Monate bzw. der letzten 13 Wochen vor Beginn der gesetzlichen Schutzfrist. Die Krankenkasse zahlt maximal 13 Euro am Tag, der Arbeitgeber zahlt für die Zeit der Schutzfrist den Betrag der Differenz zum durchschnittlichen Nettolohn.

## 2.4.2 Angebote für seelisch kranke Menschen

**Wie ist der Zugang zur Psychotherapie?**

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

Für die ersten fünf Sitzungen – die sogenannten probatischen Sitzungen – brauchen Versicherte keine Genehmigung der Krankenkassen. Darüber hinausgehende Psychotherapie-Sitzungen müssen von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Anträge dazu stellen in der Regel die Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten.

**Was versteht man unter Soziotherapie?**

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

Bei einer Soziotherapie zahlen Versicherte zehn Prozent der täglichen Kosten, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro. Damit die Versicherten nicht durch die Mindestzuzahlungen von fünf Euro über Gebühr belastet werden, können an mehreren Tagen anfallende Teileinheiten (z. B. bei einer Gruppentherapie) zu einer Soziotherapie-Einheit (60 Minuten) aufsummiert und die Zuzahlungen hierauf berechnet werden. Eine Begrenzung der Zuzahlungsdauer gibt es nicht. Diese ergibt sich jedoch automatisch aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Höchstbezugsdauer von 120 Stunden in drei Jahren und der Belastungsgrenze.

### 2.4.3 Angebote für Sterbensranke

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

#### **Können Sterbende auch zu Hause medizinisch versorgt werden?**

Ambulante Palliativversorgung beinhaltet, dass Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung sowohl medizinisch als auch pflegerisch betreut werden. Damit kann ihnen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglicht werden. Der Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt dem Wunsch vieler schwerstkranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung und in der Nähe ihrer Angehörigen zu bleiben.

#### **Wann werden Sterbensranke 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 der Familie des Versicherten nicht mehr möglich ist, können

Patientinnen und Patienten in stationären Hospizen untergebracht werden. Dem Versicherten entstehen dabei keine Zusatzkosten.

### **Gibt es spezialisierte Angebote für sterbende Kinder?**

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

## **2.4.4 Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung, Schwangerschaftsabbruch**

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

### **In welchen Fällen wird künstliche Befruchtung von der Krankenkasse erstattet?**

Frauen dürfen bei einer künstlichen Befruchtung nicht jünger als 25 Jahre und nicht älter als 40 Jahre sein. Männer dürfen das 50. Lebensjahr nicht überschritten haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, beteiligt sich die gesetzliche Krankenkasse mit 50 Prozent an den Kosten für die ersten drei Versuche der künstlichen Befruchtung. Dies gilt auch für die etwaige Arzneimittelversorgung. Generelle Voraussetzung: Die Paare müssen verheiratet sein.

### **Übernimmt die Krankenkasse die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch?**

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

## 2.5 Hilfen zu Hause

### 2.5.1 Häusliche Krankenpflege

#### **Welche häuslichen Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt?**

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

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

#### **Was ist bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu beachten?**

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus gilt: Eine häusliche Krankenpflege kann durch Vertragsärztinnen und -ärzte, aber auch durch Krankenhausärztinnen und -ärzte verordnet werden, die als zuletzt

Behandelnde meistens am besten über die Situation der Patientin oder des Patienten informiert sind. Für sie besteht die Möglichkeit, aus dem Krankenhaus entlassene Patientinnen und Patienten für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Die verantwortlichen Krankenhausärztinnen und -ärzte müssen die zuständigen Vertragsärztinnen und -ärzte darüber informieren.

## 2.5.2 Haushaltshilfe

### **Wenn eine Haushaltshilfe gebraucht wird**

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

- Wenn wegen einer Krankenhausbehandlung oder bestimmter anderer Leistungen wie ambulanter oder stationärer Vorsorge und Rehabilitationsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist.
- Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

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



## 2.6 Fahrkosten

### Werden Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet?

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind. Neben Kosten für Fahrten zur stationären Behandlung können unter bestimmten Voraussetzungen auch Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernommen werden. Das betrifft z. B. die Fahrten zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Die Ausnahmefälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien festgelegt. Schwerbehinderten werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die Pflegestufe II oder III nachweisen können. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt und die Genehmigung der Krankenkasse.

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

### Wann zahlen Krankenkassen Fahrkosten?

Krankenkassen übernehmen die Fahrkosten bei

- Leistungen, die stationär erbracht werden,
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch ohne stationäre Behandlung,
- Krankentransporten mit aus medizinischen Gründen notwendiger fachlicher Betreuung oder in einem Krankenwagen,
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung sowie bei Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

Versicherte müssen sich auf jeden Fall Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse vorher genehmigen lassen. Für diese genehmigten Fahrten gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen: zehn Prozent, aber höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Bei Fahrkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden.

## 2.7 Krankengeld

Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Versicherte vom Arbeitgeber in der Regel sechs Wochen lang weiterhin ihren Lohn oder ihr Gehalt. Anschließend zahlt die Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.937,50 Euro im Monat bzw. 47.250 Euro im Jahr; Stand 2013), jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts. Das Krankengeld ist einschließlich Lohn- oder Gehaltsfortzahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beschränkt.

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

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

Bei behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindern, die gesetzlich versichert sind, besteht ohne Altersbegrenzung der Anspruch der versicherten Eltern auf Krankengeld. Eltern schwerstkranker Kinder, die eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen oder Monaten haben, haben einen zeitlich unbegrenzten Anspruch auf Kinderpflegekrankengeld.

### **Dauer der Zahlungen von Krankengeld bei Erkrankung des Kindes pro Kalenderjahr**

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

## 2.8 Begriffe und Institutionen

### **GKV-Spitzenverband**

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

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

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**

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

**Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)**

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

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



## 3 Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Damit Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder verhindert werden können, bedarf es umfassender Hilfe. Die Ärztin oder der Arzt legt die Therapie fest, die anderen Partner im Gesundheitswesen sorgen für die notwendige therapeutische Unterstützung. Arzneimittel wie z.B. Schmerzmittel spielen dabei eine zentrale Rolle. Heilmittel wie Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie sind heute auch integraler Bestandteil zeitgemäßer medizinischer Behandlung. Hilfsmittel wie Rollstühle, Körperprothesen oder Gehhilfen gleichen vorhandene körperliche Beeinträchtigungen aus.

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

### 3.1 Arzneimittel

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

#### **Wer sorgt für die Arzneimittelsicherheit?**

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

**Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker**

„Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ – dieser Satz gehört auch zum Thema Arzneimittelsicherheit. Jedes Medikament ist für Patientinnen und Patienten nur so gut wie die tatsächlichen Effekte seiner Anwendung. Und die sind bei jedem Menschen verschieden. Deshalb ist das Gespräch mit der Ärztin und dem Arzt über Anwendung und Dosierung von Medikamenten wichtig. Auch in Apotheken können Fragen z. B. zu den Informationen auf Beipackzetteln gestellt werden. Diese Packungsbeilagen dienen im Wesentlichen der Aufklärung über den Gebrauch sowie mögliche Nebenwirkungen des jeweiligen Arzneimittels.

**Gleichgewicht zwischen Innovation und Gerechtigkeit**

Wer in Deutschland krank wird, kann sich auf eine Versorgung mit guten Arzneimitteln verlassen. Gerade die Fortschritte in der Arzneimitteltherapie sind untrennbar mit der hohen Qualität der Gesundheitsversorgung verbunden. Die Kosten dafür sind aber erheblich. So sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten Jahrzehnten stark angewachsen und haben sich zu einem Dauerproblem für die gesetzliche Krankenversicherung entwickelt. Es ist die Aufgabe der Gesundheitspolitik, dafür zu sorgen, dass die Ausgaben nicht ungebremst weiter wachsen. Denn das würde die Beitragslast der Versicherten in unverträglicher Weise erhöhen. Genauso muss sie aber darauf achten, dass den Patienten auch zukünftig die besten und wirksamsten Arzneimittel zur Verfügung stehen. Das setzt wiederum voraus, dass Arzneimittelhersteller einen Teil ihrer Kosten über die Arzneimittelpreise refinanzieren können und im Übrigen die Förderbedingungen für die Forschung in Deutschland attraktiv gestaltet sind. Es geht also um den Ausgleich unterschiedlicher Interessen.



### 3.1.1 Zugang zu Arzneimitteln

#### **Welche Arzneimittel erhalten Patientinnen und Patienten nur in der Apotheke?**

Verschreibungspflichtig sind Arzneimittel, die die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gefährden können, wenn sie ohne ärztliche Verschreibung angewendet werden. Solche Arzneimittel sind gleichzeitig auch immer apothekenpflichtig. Zu ihnen zählen so wichtige Arzneimittel wie Antibiotika, Antidiabetika oder Antiasthmatika.

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

#### **Welche Arzneimittel sind frei verkäuflich?**

Frei verkäuflich sind Arzneimittel, die ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden und Körperschäden bestimmt sind. Sie können in Apotheken oder auch in Drogerie- oder Supermärkten erworben werden. Zu frei verkäuflichen Arzneimitteln zählen Tees, Vitaminpräparate oder leichte Erkältungsmittel.

#### **Bei Arzneimitteln: nachfragen und Preise vergleichen**

##### **Rezeptfreie Arzneimittel**

Bei rezeptfreien Arzneimitteln wie Kopfschmerztabletten lohnt sich ein Vergleich. Jede Apothekerin und jeder Apotheker kann hier den Preis selbst festlegen. Oft wird ein bestimmter Wirkstoff von mehreren Herstellern angeboten. Hier lohnt zudem die Frage nach einem preisgünstigen Präparat.

##### **Verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Wenn die Ärztin bzw. der Arzt nicht ein ganz bestimmtes Arzneimittel verordnet, können Versicherte in der Apotheke nach einem günstigen, wirkstoffgleichen Arzneimittel fragen. Apothekerinnen und Apothe-

ker sind verpflichtet, wirkungsgleiche, aber preisgünstigere Arzneimittel – sogenannte Generika – auszuhändigen, wenn die Ärztin oder der Arzt statt eines speziellen Arzneimittels nur einen Wirkstoff verschrieben hat (Aut-idem-Regelung). Das Gleiche gilt, wenn die Ärztin oder der Arzt nicht ausdrücklich ausschließt, das verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen.

### **Was besagt die Aut-idem-Regelung?**

Auf einem Rezept für Arzneimittel befinden sich in dem Feld, in dem die Ärztin oder der Arzt das oder die verordneten Medikamente einträgt, kleine Kästchen mit den Worten „aut idem“. Die Ärztin bzw. der Arzt erlaubt der Apothekerin bzw. dem Apotheker durch die Wörter „aut idem“, die lateinisch „oder das Gleiche“ bedeuten, das namentlich verordnete Arzneimittel durch ein anderes zu ersetzen. Dieses muss über den gleichen Wirkstoff und Wirkstoffgehalt verfügen und gleich zubereitet sein. Durch die Ausgabe von günstigeren Präparaten können so Kosten gespart werden. Wenn die Ärztin oder der Arzt ein bestimmtes Präparat verordnet und den Austausch also ausschließen will, muss sie oder er das Kästchen ankreuzen. Das kann z. B. bei schweren Allergien oder Unverträglichkeiten von Zusatzstoffen der Fall sein.

### **Was sind Generika?**

Als Generikum (Mehrzahl: Generika) bezeichnet man ein Arzneimittel, welches eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen verkauften Arzneimittels ist. Das Generikum kann jedoch andere Hilfsstoffe als das Referenzarzneimittel enthalten. Vor ihrem Markteintritt bedürfen Generika wie alle Arzneimittel einer behördlichen Zulassung. Diese läuft für ein Generikum nach den gleichen Prinzipien ab wie für alle Arzneimittel. Generika sind in der Regel preiswerter als die Originalpräparate, weil der Hersteller keine eigene Forschung betreiben muss, sondern vom abgelaufenen Patentschutz für ein bewährtes Arzneimittel profitiert. Pharmazeutische Unternehmen lassen sich neu entwickelte Arzneiwirkstoffe patentieren. Der Patentschutz gibt ihnen das alleinige Recht, den Wirkstoff herzustellen und zu vermarkten. Läuft der Patentschutz aus, können auch andere Unternehmen diesen Wirkstoff produzieren und unter einem anderen Namen verkaufen.

## 3.1.2 Zuzahlung bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln

### Wie hoch ist die Zuzahlung bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln?

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

Für schwerwiegend chronisch Kranke wie Diabetiker gelten die selben Zuzahlungen wie für alle anderen Versicherten auch. Aber auf ihre besondere Situation wird mit einer geringeren Belastungsgrenze Rücksicht genommen (siehe Seite 98 f.). Für verordnete Verbandsmittel gelten die gleichen Zuzahlungsregeln wie für rezeptpflichtige Arzneimittel. Dabei orientiert sich die Höhe der Zuzahlung an den Gesamtkosten der Verordnung je Verordnungszeile.

## 3.1.3 Rezeptfreie Arzneimittel

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

### **In welchen Fällen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen rezeptfreie Arzneimittel?**

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

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

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

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

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

### 3.1.4 Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensführung

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

## 3.2 Hilfsmittel

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

### **Welche Hilfsmittel zahlt die Krankenkasse?**

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen Hilfsmittel, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung ausgleichen. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen – z. B. um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Hilfsmitteln gibt es eine breite Palette von Produkten: von Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfen über Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten.

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

### **Messgeräte**

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

### **Sehhilfen/Brillen**

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

- Therapeutische Sehhilfen, sofern sie der Behandlung von Augenverletzungen oder -erkrankungen dienen – z. B. besondere Gläser, Speziallinsen, Okklusionsschalen. Bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt.
- Bei einer schweren Sehbeeinträchtigung – das bedeutet: wenn auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation gegeben ist. Ob Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf geeignete Sehhilfen haben, z. B. auf Lupengläser, Fernrohrbrillen oder elektronisch vergrößernde Sehhilfen wie ein sogenanntes Bildschirmlesegerät, entscheiden die Augenärztinnen und Augenärzte.

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

### **Wie hoch ist die Zuzahlung bei Hilfsmitteln?**

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind z. B. Inkontinenzhilfen, Batterien, Sonden oder Spritzen – zahlen Versicherte zehn Prozent der Kosten pro Packung dazu – maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln.

Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von zehn Prozent des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags – jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall zahlen Versicherte nicht mehr als die Kosten des Mittels. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart. Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt, bildet dieser die Obergrenze für die vertraglich zu vereinbarenden Preise.

### **Wo erhalten Versicherte Hilfsmittel?**

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

## **3.3 Heilmittel**

### **Wann besteht Anspruch auf Heilmittel wie Krankengymnastik oder Physiotherapie?**

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf medizinisch notwendige Heilmittel. Sie dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden. Voraussetzung: Das Heilmittel hilft, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Ein Anspruch kann auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen bestehen, z. B. um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder um der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Heilmittelleistungen dürfen ausschließlich von zugelassenen Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Sprachtherapeuten erbracht werden. Beispiele für Heilmittel sind Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie.

### Welche Heilmittel werden von der Krankenkasse erstattet?

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

### Wie hoch ist die Zuzahlung bei Heilmitteln?

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

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

### Beispiel

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

---

Massage:                    10 Prozent von 9,31 € = 0,93 € x 6 = 5,58 €

---

Wärmepackung:        10 Prozent von 6,65 € = 0,67 € x 6 = 4,02 €

---

+ 1 Verordnung = 10,00 €

---

**Gesamtzuzahlung = 19,60 €**

---



## 3.4 Apotheken

### Was zeichnet eine gute Apotheke aus?

Bei der Abgabe von Arzneimitteln besteht eine Verpflichtung zur Information und Beratung. Der hierzu erforderliche Umfang kann unterschiedlich sein. Daher wird zunächst der Informations- und Beratungsbedarf durch Nachfragen festgestellt, um anschließend eine Beratung anbieten zu können, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingeht. Die Beratung muss sicherstellen, dass die notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung des Arzneimittels, eventuelle Neben- oder Wechselwirkungen sowie zur sachgerechten Aufbewahrung des Arzneimittels übermittelt werden. In der Apotheke erhalten Versicherte auch Informationen darüber, welche Arzneimittel sie rezeptfrei kaufen können und wann sie gegebenenfalls besser eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen sollten. Informationen zu einer gesunden Lebensweise und hilfreiche Tipps zur Unterstützung des Heilungsprozesses runden in vielen Fällen die kompetenten Beratungsleistungen ab.

### 3.4.1 Versand- bzw. Internetapotheken

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

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

Versicherte können unter bestimmten Voraussetzungen auch Arzneimittel von Versandapotheken anderer europäischer Staaten bestellen: Derzeit ist der Versand von Arzneimitteln aus Island, den Niederlanden, Schweden (nur verschreibungspflichtige Arzneimittel), Tschechien (nur nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) und dem Vereinigten Königreich zugelassen. Die ausländischen Versandapotheken müssen die gleichen Standards erfüllen wie deutsche Apotheken und kompetente Beratung in deutscher Sprache gewährleisten.

#### **Wenn Arzneimittel online bestellt werden**

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

Diese Apotheken – unabhängig davon, ob sie sich in der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes befinden – dürfen nur solche Arzneimittel verschicken, die in Deutschland zugelassen sind. Solche Medikamente sind erkennbar, weil Kennzeichnung und Packungsbeilage in deutscher Sprache abgefasst sind.

Damit „per Mausklick“ feststellbar ist, ob eine Apotheke eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel mit Arzneimitteln in oder nach Deutschland besitzt, hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) diesen Apotheken für ihren Internetauftritt ein Sicherheitslogo zur Verfügung gestellt und ein Versandapothekenregister eingerichtet.



Die Sicherheitslogos für Versandapotheken

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

## 3.5 Zuzahlung

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

Ab dem 1. Januar 2013 sind keine Zuzahlungen mehr bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen (Praxisgebühr) zu entrichten. Mit der Abschaffung der Praxisgebühr wird den Patientinnen und Patienten ein Teil der finanziellen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegeben. Zudem werden dadurch die Arzt- und Zahnarztpraxen sowie die Notfallambulanzen der Krankenhäuser von einem erheblichen bürokratischen Aufwand entlastet. Die hierdurch gewonnene Zeit kann unmittelbar in die Versorgung der Patientinnen und Patienten fließen.

**Wie hoch sind die Zuzahlungen?**

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

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

**Müssen Eltern auch für ihre Kinder Zuzahlungen leisten?**

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

**Bei welchen Gesundheitsleistungen fallen keine Zuzahlungen an?**

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

- Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Ausnahme der Fahrkosten,
- Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden (siehe Übersicht Seite 108 ff.),
- empfohlenen Schutzimpfungen (siehe Übersicht Seite 114 ff.),
- Harn- und Blutteststreifen.

**Welche Belastungsgrenzen gelten bei der Zuzahlung?**

Grundsätzlich werden alle Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher sollten immer alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden. Die Belastungsgrenze errechnet sich aus den Bruttoeinnahmen aller Familienangehörigen. Andere Angehörige als die Kinder oder Partner können nach Einzelfallprüfung durch die Krankenkasse bei der Berechnung einbezogen werden, wenn sie ihren gesamten Lebensunterhalt mit der Familie bestreiten.

Es gilt:

- Keine Versicherte und kein Versicherter muss in einem Kalenderjahr mehr als zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung leisten.
- Für Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, oder beispielsweise chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (vgl. Seite 67) teilnehmen, gilt eine Grenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Chronikerregelung).
- Bei Bezieherinnen und Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Die oben angegebenen Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.
- Die Belastungsgrenzen gelten auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen.

### **Welche besonderen Zuzahlungsregelungen gelten für Familien?**

Für Familien gelten Freibeträge, die von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen werden können. Die Höhe richtet sich nach der sogenannten Bezugsgröße – einem Durchschnittswert der Jahreseinnahmen Versicherter. Im Jahr 2012 liegt dieser bei 31.500 Euro. Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (z. B. Ehepartner) gilt ein Freibetrag von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße und für jeden weiteren Angehörigen von zehn Prozent. Für jedes Kind der oder des Versicherten und der Lebenspartnerin bzw. des -partners kann grundsätzlich ein Kinderfreibetrag von derzeit 7.008 Euro berücksichtigt werden.

Alle Zuzahlungen werden zusammen berücksichtigt, die Versicherte und in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Angehörigen und Lebenspartnerinnen und Lebenspartner leisten. So lassen sich Zuzahlungs- und Einnahmenhöhe errechnen und in ein Verhältnis zueinander setzen. Sobald Versicherte die Belastungsgrenze erreicht haben, sind sie und ihre mitversicherten Familienmitglieder für den Rest des Kalenderjahres von allen weiteren Zuzahlungen befreit.

**Was zählt alles zu den Bruttoeinnahmen dazu?**

Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen: Das kann Arbeitseinkommen oder Rente sein. Aber auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten zählen dazu.

**Wie erhalten Versicherte bei Erreichen der Belastungsgrenze eine Zuzahlungsbefreiung?**

Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten nicht automatisch, sobald diese ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Deshalb sollten Versicherte ihre Zuzahlungen selber 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 ggf. einen Bescheid darüber erteilt, dass sie für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten brauchen.

**Wie erhalten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger einen Zuzahlungsbefreiungsausweis?**

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

### Nicht vergessen!

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

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

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

### Was gilt bei schwerwiegend chronisch Kranken?

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

1. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor oder
2. es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor.
3. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

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

Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammengekommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, darüber informiert jede Krankenkasse. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (vgl. Seite 67) teilnehmen, gilt diese Belastungsgrenze von einem Prozent ebenfalls (Chronikerregelung).

### **Wann ist regelmäßige Vorsorge Voraussetzung für eine verminderte Belastungsgrenze?**

Es gibt keine Verpflichtung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. Um aber im Fall einer späteren chronischen Erkrankung die verminderte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen in Anspruch nehmen zu können, sollen sich gesetzlich Versicherte über die Inhalte der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung beraten lassen, sobald sie das entsprechende Anspruchsalter erreichen.

Diese Regelung gilt nur für die Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (für Frauen ab 20 Jahre), von Brustkrebs mittels Mammografie-Screening (für Frauen von 50 bis 69 Jahren) und von Darmkrebs (für Frauen und Männer ab 50 Jahre). Sie betrifft Frauen, die nach dem 1. April 1987, und Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren sind. Die Versicherten müssen die Inanspruchnahme der Beratung innerhalb von zwei Jahren nach Erreichen des jeweiligen Anspruchsalters nachweisen.



Die Beratungen können von jeder am Krebsfrüherkennungsprogramm teilnehmenden Ärztin bzw. jedem Arzt durchgeführt werden, sofern diese berechtigt sind, die vorgenannten Untersuchungen selbst durchzuführen.

Für ältere Versicherte als die oben genannten gilt diese Regelung nicht. Wenn sie im späteren Lebensverlauf chronisch krank werden, können sie die verminderte Belastungsgrenze von einem Prozent unabhängig von dieser Voraussetzung in Anspruch nehmen. Auch Versicherte, die schon vor dem 1. April 2007 an einer chronischen Erkrankung gelitten haben und bereits von der Ein-Prozent-Zuzahlungsgrenze nach altem Recht profitieren konnten, behalten ihre Zuzahlungsvergünstigung.

Für Versicherte, die an einer chronischen Erkrankung leiden, ist es besonders wichtig, dass sie sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen, um eine Verschlimmerung der Krankheit und das Entstehen von Folgeerkrankungen zu vermeiden. Das bedeutet z. B.: Die Patientin oder der Patient nimmt an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke teil oder folgt den mit der Ärztin oder dem Arzt verabredeten Therapieinhalten. Davon profitieren die Patientinnen und Patienten auch finanziell: Sie können auch künftig die Zuzahlungsgrenze von einem Prozent in Anspruch nehmen.

## 3.6 Begriffe und Institutionen

### **Festbeträge**

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt gibt es viele Arzneimittel in vergleichbarer Qualität und Wirkung, zum Teil sogar identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind. Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten ist es nicht vertretbar, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit den Kosten teurer Arzneimittel zu belasten, wenn auf der anderen Seite preisgünstige und qualitativ gleichwertige Präparate zur Verfügung stehen. Deshalb gibt es Arzneimittelfestbeträge, die die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelpreisen schützen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bildet Gruppen vergleichbarer Arzneimittel und der GKV-Spitzenverband legt für diese marktgerechte Festbeträge fest. Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass ein Hersteller den Preis eines Arzneimittels nicht auf den Festbetrag senkt, müssen von den Versicherten selbst bezahlt werden. Um dieses zu vermeiden, besteht für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt auch die Möglichkeit, auf ein anderes Arzneimittel der Festbetragsgruppe auszuweichen, das zum Festbetrag verfügbar ist.

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

### **Rabattverträge**

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

### **Frühe Nutzenbewertung**

Der Preis, den die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel erstattet, muss sich seither an seinem therapeutischen Nutzen messen lassen. Diesen Nutzen müssen die Hersteller nachweisen. Sie müssen schon zur Markteinführung eines neuen Arzneimittels belegen, ob dadurch eine Krankheit im Vergleich zu anderen eingesetzten Medikamenten besser behandelt werden kann, ob ein schnellerer Heilungsverlauf zu erwarten ist, unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden können oder sich die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten deutlich verbessern lässt. Wissenschaftliche Expertinnen und Experten überprüfen diese Angaben. Kommen sie zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel keinen nennenswerten Zusatznutzen hat, dann zahlen die gesetzlichen Krankenkassen auch nur den festgelegten Höchstbetrag, der auch für vergleichbare Medikamente gilt. Kommen die Expertinnen und Experten zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel eine deutliche Verbesserung gegenüber bereits vorhandenen darstellt, müssen sich Hersteller und Krankenkassen gemeinsam darüber verständigen, welcher Preis angemessen ist. Mit dieser neuen Regelung wird der Preis eines Arzneimittels also erstmals wirklich an seinen Nutzen gekoppelt. Überhöhte Preise der pharmazeutischen Industrie zulasten der Krankenkassen und Versicherten werden dadurch in Zukunft vermieden.

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

### **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**

Im unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren und Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse bewertet. Dazu gehört auch die Beurteilung von Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien), um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung geben zu können. Damit Bürgerinnen und Bürger die Informationen nutzen können, hat das IQWiG zudem das Internetportal [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) eingerichtet, mit dem wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse insbesondere zu wichtigen Diagnose- und Behandlungsverfahren in allgemeinverständlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

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

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

Das DIMDI unterstützt mit seinen Leistungen das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Es entwickelt und betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel- und Medizinprodukte und verantwortet ein Programm zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment, HTA). Das DIMDI ist Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen wie z. B. ICD-10-GM.

## Welche Früherkennungsuntersuchungen sind empfohlen und werden von den gesetzlichen Kassen erstattet?

### Untersuchung/Früherkennung von Krebs

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs)	ab 20 Jahren	Frauen	jährlich
Brustuntersuchung (zur Früherkennung von Brustkrebs)	ab 30 Jahren	Frauen	jährlich
Hautkrebs-Screening (zur Früherkennung von Hautkrebs: malignes Melanom („schwarzer Hautkrebs“), Basallzellkarzinom und spinozelluläres Karzinom (beide „weißer Hautkrebs“)	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre
Prostatauntersuchung, Genitaluntersuchung (zur Früherkennung von Prostatakrebs)	ab 45 Jahren	Männer	jährlich

## Anmerkungen

Die Untersuchung umfasst:

- gezielte Anamnese  
(z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden)
- Inspektion des Muttermundes
- Krebsabstrich und zytologische Untersuchung (Pap-Test)
- gynäkologische Tastuntersuchung
- Befundmitteilung mit anschließender Beratung

Die Untersuchung umfasst:

- gezielte Anamnese  
(z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden)
- Inspektion und Abtasten der Brust
- und der regionären Lymphknoten einschließlich der ärztlichen Anleitung zur Selbstuntersuchung
- Beratung über das Ergebnis

Das Screening soll, wenn möglich, in Verbindung mit der zweijährlichen Gesundheitsuntersuchung („Check-up“) durchgeführt werden und umfasst:

- gezielte Anamnese  
(z. B. Fragen nach Veränderungen/Beschwerden)
- visuelle (mit bloßem Auge), standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhautfalten
- Befundmitteilung mit anschließender Beratung  
(bei Verdacht Abklärung durch einen Facharzt)

Die Untersuchung umfasst:

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

## Weitere Informationen

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Untersuchung/Früherkennung von Krebs**

<b>Untersuchung</b>	<b>Alter</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Häufigkeit</b>
Dickdarm- und Rektumuntersuchung (zur Früherkennung von Darmkrebs)	im Alter von 50 bis 54 Jahren	Frauen und Männer	jährlich
Darmspiegelung (zur Früherkennung von Darmkrebs)	ab 55 Jahren	Frauen und Männer	zwei Untersuchungen im Abstand von 10 Jahren
Mammografie-Screening (zur Früherkennung von Brustkrebs)	im Alter von 50 bis 69 Jahren	Frauen	alle zwei Jahre



Anmerkungen	Weitere Informationen
Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"><li>- gezielte Beratung</li><li>- Guajak-Test (gFOBT) auf verborgenes Blut im Stuhl</li></ul>	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie  Internet: <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a>
Die Untersuchung umfasst: <ul style="list-style-type: none"><li>- gezielte Beratung</li><li>- zwei Darmspiegelungen im Abstand von 10 Jahren</li></ul> oder: <ul style="list-style-type: none"><li>- Guajak-Test (gFOBT) auf verborgenes Blut im Stuhl alle zwei Jahre</li></ul>	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie  Internet: <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a>
Das Screening umfasst: <ul style="list-style-type: none"><li>- schriftliche Einladung in eine zertifizierte Screening-Einheit</li><li>- Information (Merkblatt) mit der Einladung</li><li>- schriftliche Anamnese</li><li>- Röntgen beider Brüste (Mammografie)</li><li>- Doppelbefundung der Röntgenaufnahmen durch zwei unabhängige Untersucher</li><li>- Befundmitteilung innerhalb von sieben Werktagen</li><li>- (Im Falle eines verdächtigen Befundes erfolgt eine Einladung zur weiteren diagnostischen Abklärung. Dies veranlasst die jeweilige Screening-Einheit.)</li></ul>	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie  Internet: <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a> <a href="http://www.mammo-programm.de">www.mammo-programm.de</a>

### Gesundheits-Check-up

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Check-up	ab 35 Jahren	Frauen und Männer	alle zwei Jahre

### Zahnvorsorgeuntersuchungen

Untersuchung	Alter	Geschlecht	Häufigkeit
Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	bis 6 Jahre; 6 bis 18 Jahre	Mädchen und Jungen	dreimal bis 6 Jahre; einmal je Kalenderhalbjahr ab 6 Jahre
Zahnvorsorgeuntersuchungen	ab dem Alter von 18	Frauen und Männer	einmal je Kalenderhalbjahr

## Anmerkungen

Der „Check-up“ dient der Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen.

Er umfasst folgende Leistungen:

1. Anamnese (z. B. Fragen nach Beschwerden), insbesondere die Erfassung des Risikoprofils (z. B. Rauchen, Übergewicht)
2. Körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) einschließlich Messung des Blutdrucks
3. Laboruntersuchung
  - a) aus dem Blut:
    - Gesamtcholesterin
    - Glukose
  - b) aus dem Urin:
    - Eiweiß
    - Glukose
    - rote und weiße Blutkörperchen
    - Nitrit
4. Beratung über das Ergebnis

Das Hautkrebs-Screening soll nach Möglichkeit in Verbindung mit dem „Check-up“ durchgeführt werden.

## Weitere Informationen

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Anmerkungen

Die Untersuchung umfasst:

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

Gegebenenfalls

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

## Weitere Informationen

Kinder-Richtlinien, zahnärztliche Früherkennungs-Richtlinie und Individualprophylaxe-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Die Untersuchungen umfassen:

- eingehende Untersuchung
- Untersuchung im Rahmen des Bonushefts

§ 55 Abs. 1 Satz 4 und 5  
SGB V

Internet:  
[www.kzbv.de](http://www.kzbv.de)

## Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Einzelheiten zu den Leistungen der Krankenkassen. Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen weitere Impfungen für ihre Versicherten übernehmen, insbesondere Impfungen für private Auslandsreisen.

---

### Leistung

Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche

---

### Beschreibung

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

---

Auffrischimpfungen für Kinder und Jugendliche

---

Standard- bzw. Auffrischimpfungen für Erwachsene

---

Impfungen, die Erwachsene erhalten bzw. regelmäßig aufgefrischt werden sollen.

---

**Impfung**

- Diphtherie
- Tetanus
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Haemophilus influenzae  
Typ b (Hib)-Infektion
- Pertussis (Keuchhusten)
- Hepatitis B
- Masern, Mumps, Röteln (MMR)
- Varizellen
- Pneumokokken-Infektion
- Meningokokken-C-Infektion
- HPV (Humanes Papillom-Virus;  
für junge Frauen)

**Weitere Informationen**

[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)

- 2 x Diphtherie
- 2 x Tetanus
- 2 x Pertussis (Keuchhusten)
- 1 x Poliomyelitis (Kinderlähmung)

[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)

- Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus  
(alle 10 Jahre empfohlen, die nächste fällige  
Impfung als Kombinationsimpfung mit Per-  
tussis)
- Masern (ungeimpfte bzw. nur einmal geimpfte  
nach 1970 geborene Personen)

[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)

Ab 60 Jahre:

- Influenza
- Pneumokokken-Infektion

Weitere Impfungen für ungeimpfte Erwachsene  
in Absprache mit dem behandelnden Arzt.

---

## Schutzimpfungen

---

### Leistung

Indikationsimpfungen

---

### Beschreibung

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

---

---

**Impfung**

- FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
- Haemophilus influenzae Typ b (Hib)-Infektion
- Hepatitis A und B
- Influenza
- Masern
- Meningokokken-Infektion
- Pertussis (Keuchhusten)
- Pneumokokken-Infektion
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Röteln
- Varizellen

**Weitere Informationen**

[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de)

---

## Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

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

---

### Anmerkungen

Zu den Vorsorgeleistungen gehören u. a.:

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

### Weitere Informationen

Mutterschafts-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

---



## Chlamydien-Screening für Frauen bis zum 25. Lebensjahr

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

---

### Anmerkungen

### Weitere Informationen

Mutterschafts-Richtlinie

Internet:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

---

## Kinder- und Jugenduntersuchungen

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt eine Reihe von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Bis zum Alter von 18 Jahren sind sie von der Praxisgebühr befreit.

Die Eltern bekommen gleich nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus 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 Alter von 6 Jahren	zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren beginnend unmittelbar nach der Geburt (U1 bis U9)
J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung)	regulär zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr ( $\pm 1$ Jahr)	eine Untersuchung

Anmerkungen	Weitere Informationen
<p>Es wird die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes geprüft, u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Störungen in der Neugeborenenperiode</li><li>- angeborene Stoffwechselstörungen (erweitertes Neugeborenen-Screening)</li><li>- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen</li><li>- Erkrankungen der Sinnes-, Atmungs- und Verdauungsorgane</li><li>- Sprach- oder Sprechstörungen</li><li>- Zähne, Kiefer, Mund</li><li>- Skelett und Muskulatur</li></ul>	<p>Kinder-Richtlinien</p> <p>Internet: <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a></p>
<p>Anamnese u. a. auf:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen</li><li>- Schulleistungsprobleme</li><li>- gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum)</li></ul>	<p>Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung</p> <p>Internet: <a href="http://www.g-ba.de">www.g-ba.de</a></p>
<p>Klinisch-körperliche Untersuchungen, u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Erhebung der Körpermaße</li><li>- Störung des Wachstums und der körperlichen Entwicklung</li><li>- Erkrankungen der Hals-, Brust- und Bauchorgane</li><li>- Erhebung des Impfstatus</li></ul>	

# Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen

## Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

### Was gilt

... bei verschreibungspflichtigen  
Arznei- und Verbandmitteln

### Wie Sie zahlen

Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Mittel.

Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.

... bei Heilmitteln und häuslicher  
Krankenpflege

Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich zehn Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).

... bei Hilfsmitteln

Zuzahlung von zehn Prozent für jedes Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro.  
In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.

... im Krankenhaus

Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

... bei der stationären Vorsorge und  
Rehabilitation

Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, bei Anschluss-rehabilitationen, begrenzt auf 28 Tage.

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

## Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zuzahlen
... bei der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag.
... bei einer Psychotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von zehn Prozent pro Tag, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro.
... für Impfungen	Keine Zuzahlung. Auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss die Einzelheiten zu den Leistungen der Krankenkassen. Über diesen für alle Versicherten bestehenden Anspruch hinaus können die Krankenkassen weitere Impfungen für ihre Versicherten übernehmen, insbesondere Impfungen für private Auslandsreisen.
... für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet.
... für Lifestyle-Präparate	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Viagra), werden nicht erstattet.
... für Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien festgelegt hat, von der Krankenkasse übernommen.

**Ausnahmen**

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

**Weitere Anmerkungen**

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

Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Arzneimittel, an.  
In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments.  
Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Bei genehmigten Fahrkosten müssen zehn Prozent, aber höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen.  
Die Zuzahlung ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Fahrkosten.

## Die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick

Was gilt	Wie Sie zuzahlen
... für Sehhilfen/Brillen	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss.
... für die künstliche Befruchtung	Drei Versuche werden von der Krankenkasse zu jeweils 50 Prozent bezahlt. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.
... für Sterilisation	Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.
... für Sterbegeld, Entbindungsgeld	Die Krankenkasse zahlt kein Sterbe- und Entbindungsgeld.
... für Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Diese Leistungen zahlt die Krankenkasse auch weiterhin.
... für Zahnersatz	Die Krankenkasse zahlt Festzuschüsse zur medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz. Der Festzuschuss orientiert sich am Befund, nicht an der Behandlungsmethode. Für Zahnersatz gibt es besondere Härtefall- und Bonusregelungen.



Ausnahmen	Weitere Anmerkungen
Ein Leistungsanspruch besteht für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bei therapeutischen Sehhilfen sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen. Dabei wird keine Zuzahlung gefordert.	
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.

# Stichwortregister

Ambulante Behandlung im Krankenhaus .....	68
Arzneimittel .....	85 ff.
Auslandskrankenversicherung .....	43 ff.
Bedürftige .....	25
Beiträge .....	19
Beitragsrückerstattungstarif .....	35
Belastungsgrenzen .....	98 f.
Besondere Versorgungsformen .....	65
Betriebliche Gesundheitsförderung .....	62
Bindungsfristen .....	35
Bonusprogramme .....	32 ff.
Brillen .....	92, 126
Bruttoeinnahmen .....	100 ff.
Chronikerregelung .....	62, 67, 99, 102
Chronisch Kranke .....	67
Datenschutz .....	50
Disease-Management-Programme .....	33, 67
Elektronische Gesundheitskarte (eGK) .....	43, 49
Ergotherapie .....	57, 85, 93
Ermäßigter Beitragssatz .....	21
Familienversicherung .....	12, 16 ff., 38, 40
Freiwillig Versicherte .....	15
Früherkennungsuntersuchungen (Überblick) .....	108 ff.
Früherkennung von Krebs .....	108 ff.

Geriatrische Rehabilitation .....	60
Gesundheits-Check-up .....	112
Gesundheitsfonds .....	9, 26 f., 52
GKV-Spitzenverband .....	11, 27, 82, 104
Härtefallregelungen .....	71
Haushaltshilfe .....	78
Häusliche Krankenpflege .....	77 f., 97
Heilmittel .....	85
Hilfsmittel .....	85
Impfungen .....	56, 63, 98, 114 f., 124 f.
Integrierte Versorgung .....	32, 66 f.
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) .....	106
Internetapotheke .....	95
Kinder .....	12 f., 16 f., 60, 63, 70, 76 f., 114 f.
Kinder- und Jugenduntersuchungen .....	120
Kinderhospize .....	76
Kontrahierungszwang .....	46
Kostenerstattungstarif .....	34
Krankengeld .....	80 f.
Krankengeldtarif für Selbstständige .....	33
Krankengymnastik .....	57, 85, 93
Krankenkassenwechsel .....	40 f., 42
Krankentransport .....	79
Krankenversicherung .....	9 f.
Kündigungsfristen .....	40
Künstliche Befruchtung .....	76, 126
Kuren .....	60
Leistungskatalog .....	36, 46, 64, 114

Massagen .....	57, 94, 123
Medizinische Versorgungszentren .....	68
Palliativversorgung .....	75
Patientenbeauftragter .....	133
Pflichtversicherte .....	13 f.
Physiotherapie .....	55, 93
Prämienzahlung .....	33, 40 f.
Prävention .....	35, 55 ff., 63
Private Krankenversicherung .....	45 ff.
Psychotherapie .....	74
Rehabilitation .....	55, 57 ff., 97, 122 ff.
Rentnerinnen und Rentner .....	23 f.
Rezeptfreie Arzneimittel .....	87, 89 f.
Rezeptpflichtige Arzneimittel .....	89
Risikostrukturausgleich .....	52
Schutzimpfungen (Übersicht) .....	114 f.
Schwangerschaft .....	73, 76, 78, 118
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen .....	118
Selbstbehalttarif .....	32, 34 f., 41
Selbstständige .....	15, 19 ff., 28, 32 ff.
Selbstverwaltung .....	10 f., 53
Selbsthilfegruppen .....	132 f.
Sonderkündigungsrecht .....	31, 40 f.
Sozialausgleich .....	26 f.
Soziotherapie .....	74 f., 124
Strukturierte Behandlungsprogramme .....	33, 67

Verminderte Belastungsgrenze .....	67, 102 f.
Versandapotheke .....	96 f.
Versicherungspflichtgrenze .....	9 f., 13 ff., 22
Versicherungsschutz im Ausland .....	43 ff.
Versorgungsbezüge .....	19 ff., 23
Vorsorge .....	55 ff.
Vorversicherungszeiten .....	13, 15, 16
Wahltarife (Überblick) .....	32 ff.
Wahltarif für integrierte Versorgung .....	32
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme .....	33
Zahnärztin/Zahnarzt .....	69 ff., 97, 113
Zahnersatz .....	70 ff., 126
Zahnvorsorgeuntersuchungen .....	112
Zusatzbeitrag .....	26 ff., 39 f.
Zusatzleistungen .....	36, 39
Zusatzversicherung .....	36
Zuzahlungen .....	61 f., 89 ff., 91 ff., 122

# Adressen

## Wer kann Ihnen sonst noch weiterhelfen?

**Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der  
deutschen Ärztekammern**  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
Tel.: 030/40 04 56-0  
Fax: 030/40 04 56-388  
E-Mail: info@baek.de  
www.bundesaeztekammer.de

**BAG SELBSTHILFE –  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfe von Menschen mit  
Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren  
Angehörigen e. V.**  
Kirchfeldstraße 149  
40215 Düsseldorf  
Tel.: 0211/3 10 06-0  
Fax: 0211/3 10 06-48  
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de  
www.bag-selbsthilfe.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft  
der PatientInnenstellen  
und -Initiativen  
Geschäftsstelle München**  
Waltherstraße 16a  
80337 München  
Tel.: 089/76 75 51 31  
Fax: 089/7 25 04 74  
E-Mail: mail@bagp.de  
www.patientenstellen.de

**Bundesversicherungsamt**  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn  
Tel.: 0228/6 19-0  
Fax: 0228/6 19-18 70  
E-Mail: poststelle@bva.de  
www.bundesversicherungsamt.de

**Bundeszahnärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft  
der Deutschen Zahnärzte-  
kammern e. V.**  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin  
Tel.: 030/4 00 05-0  
Fax: 030/4 00 05-200  
E-Mail: info@bzaek.de  
www.bzaek.de

**Deutsche Krankenhaus-  
gesellschaft e. V.**  
Wegelystraße 3  
10623 Berlin  
Tel.: 030/3 98 01-0  
Fax: 030/3 98 01-30 00  
E-Mail: dkgmail@dkgev.de  
www.dkgv.de

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e. V.**  
Wilmersdorfer Straße 39  
10627 Berlin  
Tel.: 030/31 01 89 74  
E-Mail: verwaltung@dag-shg.de  
www.dag-shg.de

**Deutscher Behindertenrat**

c/o BAG Selbsthilfe  
Kirchfeldstraße 149  
40215 Düsseldorf  
Tel.: 0211/3 10 06-0  
Fax: 0211/3 10 06-48  
E-Mail: [info@deutscher-behindertenrat.de](mailto:info@deutscher-behindertenrat.de)  
[www.deutscher-behindertenrat.de](http://www.deutscher-behindertenrat.de)

**Kassenärztliche  
Bundesvereinigung**

Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Tel.: 030/40 05-0  
Fax: 030/40 05-15 90  
E-Mail: [info@kbv.de](mailto:info@kbv.de)  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)

**Gemeinsamer Bundesausschuss**

Wegelystraße 8  
10623 Berlin  
Tel.: 030/27 58 38-0  
Fax: 030/27 58 38-990  
E-Mail: [info@g-ba.de](mailto:info@g-ba.de)  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

**Der Beauftragte der Bundes-  
regierung für die Belange  
der Patientinnen und Patienten**

Wolfgang Zöllner, MdB  
Patientenbeauftragter der  
Bundesregierung  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin  
Tel.: 030/1 84 41-34 20  
Fax: 030/1 84 41-34 22  
E-Mail: [patientenbeauftragter@bmg.bund.de](mailto:patientenbeauftragter@bmg.bund.de)  
[www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de)

**Unabhängige Patienten-  
beratung Deutschland  
Bundeschäftsstelle**

Littenstraße 10  
10179 Berlin  
Tel.: 0800/0 11 77 22  
Fax: 030/200 89 23-50  
E-Mail: [info@upd-online.de](mailto:info@upd-online.de)  
[www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de)

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

Otto-Suhr-Allee 115  
10585 Berlin  
Tel.: 030/31 01 89 60  
Fax: 030/31 01 89 70  
E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de)  
[www.nakos.de](http://www.nakos.de)

**Verbraucherzentrale  
Bundesverband e.V. – vzbv**

Markgrafenstraße 66  
10969 Berlin  
Tel.: 030/2 58 00-0  
Fax: 030/2 58 00-218  
E-Mail: [info@vzbv.de](mailto:info@vzbv.de)  
[www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

# Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

## **Bürgertelefone**

Mit Beratungstelefonen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das Bundesministerium für Gesundheit allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem. Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kommunikationszentrums in Rostock, das hierfür vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt worden ist.

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



### **Fragen zur Krankenversicherung**

**030 / 340 60 66 – 01**



### **Fragen zur Pflegeversicherung**

**030 / 340 60 66 – 02**



### **Fragen zur gesundheitlichen Prävention**

**030 / 340 60 66 – 03**



### **Weitere Serviceangebote**

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte, der die Kommunikation ohne sprachliche Barrieren erleichtert. Bürgertelefon zur Pflegeversicherung für Fragen rund um das Beitrags- und Leistungsrecht innerhalb der Pflegeversicherung. Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention für Informationen über individuelle Maßnahmen zur Prävention. Bestellservice für Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit, die telefonisch oder per E-Mail abgegeben werden können.



#### **Service für Gehörlose**

**030 / 340 60 66 – 07** Telefax

**030 / 340 60 66 – 08** ISDN-Bildtelefon

**030 / 340 60 66 – 09** Schreibtelefon

### **Gesundheitspolitische Informationen**

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

### **Infoblätter**

Die „GP\_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden: [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

### **Newsletter**

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen regelmäßig per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter: [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

**Versand von Publikationen**

Materialien zu allen Bereichen des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie bestellen unter:  
Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 481009  
18132 Rostock

E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Telefon: 01805 / 77 80 90\*  
Fax: 01805 / 77 80 94\*

\* Kostenpflichtig: Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

**Publikationsverzeichnis**

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 per E-Mail anfordern:  
[publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)

**Internetportal**

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

# Publikationen



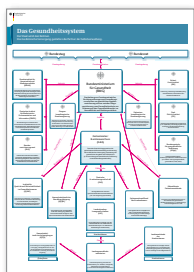
## Ratgeber zur Pflege

Bestellnummer:  
BMG-P-07055



## Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention

Bestellnummer:  
BMG-V-09053



## Poster zum Gesundheitssystem

Bestellnummer:  
BMG-G-10030



## Publikationsverzeichnis

Bestellnummer:  
BMG-G-07014

Kostenlos zu bestellen unter [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)





# Impressum

## **Herausgeber**

Bundesministerium für Gesundheit  
Kommunikationsstab  
11055 Berlin

## **Konzeption und Text**

BMG, A&B One, Berlin

## **Gestaltung**

A&B One, Berlin

## **Druck**

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

## **Fotos**

Getty Images

**8. aktualisierte Auflage:** Stand Januar 2013

**Erstauflage:** 2003

## **Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:**

Bestell-Nr.: BMG-P-07031

E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)

Telefon: 01805 / 77 80 90\*

Fax: 01805 / 77 80 94\*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 48 10 09  
18132 Rostock

\* Für diesen Anruf gilt ein Festpreis von 14 Cent pro Minute aus den Festnetzen  
und maximal 42 Cent pro Minute aus den Mobilfunknetzen.

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung.  
Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.



Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.