

***Die gesetzliche
Krankenversicherung***

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist ein zuverlässiges und erprobtes System der gesundheitlichen Sicherung der Menschen in Deutschland. Die Beiträge für diesen gesetzlichen Versicherungsschutz orientieren sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erhalten alle Versicherten die für sie notwendigen medizinischen Leistungen. In der GKV besteht unter allen Versicherten ein Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Alleinstehenden und Familien. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind steuerlich absetzbar.

WER IST VERSICHERT?

Ein zentraler Grundsatz ist die Versicherungspflicht in der GKV. Für jeden Arbeitnehmer, der eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt (über 450 Euro/Monat) ausübt und jeden Auszubildenden besteht Versicherungspflicht.

Personen, deren Bruttoarbeitsentgelt in den letzten drei Kalenderjahren und auch im folgenden Jahr oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, fallen nicht unter die Versicherungspflicht. Sie können sich in der GKV freiwillig versichern. Das ist aber nur möglich, wenn sie ihr auch schon vorher angehört haben. Ist man aus der Pflicht- oder der Familienversicherung ausgeschieden, kann man sich nur freiwillig versichern, wenn man vorher mindestens zwölf Monate oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden insgesamt mindestens 24 Monate in der GKV versichert war.

Arbeitnehmer sowie Beamte, Selbstständige und Freiberufler, die mit ihrem jährlichen Bruttoarbeitsentgelt (Versicherungspflichtgrenze für die Krankenversicherung liegt 2020 bei 62.550 Euro / pro Monat 5.212,50 Euro) über der Versicherungspflichtgrenze liegen, können sich auch privat versichern. Es besteht allerdings ein Risiko in punkto Rückkehr in die GKV.

FAMILIENVERSICHERUNG

Familienangehörige der in der GKV versicherten Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder sind in der Regel beitragsfrei mitversichert. Hierzu zählen Ehepartner, eingetragene Lebenspartner und minderjährige Kinder. Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die Beitragszahlerin oder der Beitragszahler unterhält, und Pflegekinder, wenn die Pflege nicht berufsmäßig ausgeübt wird.

Voraussetzung für die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ist, dass diese:

- ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben,
- nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse sind,
- nicht versicherungsfrei sind (unschädlich ist die Versicherungsfreiheit als geringfügig Beschäftigter),
- nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,
- nicht hauptberuflich selbstständig tätig sind,
- über kein Gesamteinkommen verfügen, das regelmäßig im Monat eine bestimmte Grenze überschreitet - für geringfügig beschäftigte Familienmitglieder gilt eine Einkommensgrenze von 450 Euro, für alle anderen von 445 Euro pro Monat.

Besonderheiten:

Die Familienversicherung eines Kindes ist ausgeschlossen, wenn die mit dem Kind verwandte Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. der -partner nicht gesetzlich versichert sind und deren regelmäßiges Gesamteinkommen die monatliche Versicherungspflichtgrenze übersteigt und regelmäßig höher ist als das des gesetzlich versicherten Ehe- oder Lebenspartners.

Die Altersgrenze für die Familienversicherung eines Kindes steigt vom 18. auf das 23. Lebensjahr, wenn das Kind nicht erwerbstätig ist, und auf das 25. Lebensjahr, wenn es sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet.

Frauen und Männer, die zum Allgemeinwohl den Bundesfreiwilligendienst ableisten, werden wie Arbeitnehmer durch die Sozialversicherungen behandelt (Versicherungspflicht mit Beitragszahlungen in die Renten-, Kranken-, Pflege-, und Arbeitslosenversicherung).

Bei Kindern, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, besteht die Familienversicherung ohne Altersgrenze. Wichtig ist, dass die Behinderung bereits während der Familienversicherung vor Erreichen der ansonsten maßgeblichen Altersgrenzen vorlag und von nicht absehbarer Dauer ist. Hier ist eine entsprechende ärztliche Bescheinigung oder eine Kopie des Behindertenausweises einzureichen.

DIE FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG DURCH BEITRÄGE

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich durch Beiträge und Bundeszuschüsse. Die Beiträge bemessen sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen. 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 z. B. aus Kapitaleinkünften oder aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung.

Sowohl bei pflicht- als auch bei freiwillig versicherten Mitgliedern werden die Einkünfte insgesamt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze Ost (6.450 Euro / Monat im Jahr 2020) berücksichtigt.

Der Gesundheitsfonds

In den Gesundheitsfonds fließen alle Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Rentnerinnen und Rentnern sowie der Steuerzuschuss des Bundes. Dort wird das Geld gesammelt und je nach Alter, Geschlecht und vor allem Gesundheitszustand der Versicherten als Pauschale an die Kassen verteilt. Das heißt: Hat eine Krankenkasse viele Versicherte mit bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen, deren Behandlung hohe Kosten verursacht, bekommt sie mehr Geld aus dem Fonds als Krankenkassen, die viele gesunde Versicherte haben.

Die Beitragssätze

In der GKV unterscheidet man zwischen dem allgemei-

nen und dem ermäßigten Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz gilt grundsätzlich für Mitglieder (Pflicht- 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 14,6 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bzw. Rentnerinnen und Rentner sowie Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger tragen die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente jeweils zur Hälfte (jeweils 7,3 Prozent).

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

Zusatzbeiträge

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, dürfen zusätzlich zu den einheitlichen Beitragssätzen von 14,6 bzw. von 14 Prozent einen Zusatzbeitragssatz von ihren Mitgliedern erheben.

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

Soweit eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, steht den Mitgliedern die Möglichkeit offen, ihre Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Kündigungsregeln zu wechseln.

Eine Übersicht über die aktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen finden Sie auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter:

www.gkvspitzenverband.de/krankenkassenliste.pdf

Welche Beiträge zahlen 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 neben der Rente. 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 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, den sie selbst beantragen müssen, beträgt 7,3 Prozent der Rente.

Was sind Versorgungsbezüge?

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

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.

Arbeitsuchende

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

Bedürftige

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 wird. 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

Keigenes Einkommen und Vermögen existiert. Bedürftige müssen wie bei Gewährung von ALG II und Sozialhilfe zuerst alle Möglichkeiten nutzen, den entstandenen Bedarf selbst zu decken. Dabei gelten die gleichen Freibeträge und Grenzen für Schonvermögen.

DIE LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Als Versicherter haben Sie Anspruch auf:

- eine einmalige Gesundheitsuntersuchung und -beratung für Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren
- Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung von bestimmten Krankheiten "Gesundheits-Check-up" mit Möglichkeit zum Hautkrebs-Screening ab dem 35. Lebensjahr aller 3 Jahre
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen ab dem 20. und für Männer ab dem 45. Lebensjahr jährlich
- einmalige Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung einer Erweiterung der Bauchaorta für Männer ab 65 Jahren
- alle zwei Jahre Mammographie-Screening für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren
- **NEU:** Einladung bzw. Information alle fünf Jahre (mit 50, 55, 60 und 65 Jahren) zum Darmkrebs-Screening
- **NEU:** für Männer ab 50 Jahren jährlicher Stuhlbluttest (bis 54 J.) **oder** zweimalige Früherkennungsdarmspiegelung im Mindestabstand von 10 Jahren
- Präventionsorientierte Zahnheilkunde
- Schutzimpfungen mit Ausnahme bei nicht berufsbedingtem Auslandsaufenthalt
- Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte in der Regel bis zum 18. Lebensjahr
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel sowie Hilfsmittel
- Medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
- Kostenübernahme oder Zuschüsse bei notwendigen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Behandlung im Krankenhaus, für Menschen mit spezialisiertem Versorgungsbedarf bei schweren bzw. seltenen Krankheiten, auch ambulant
- Mutter-/Vater-Kind-Kuren
- Krankengeld: Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie vom Arbeitgeber in der Regel sechs Wochen Lohn oder Gehalt weiter. Anschließend zahlt Ihnen die Krankenkasse 70 Prozent des regelmäßig erzielten Bruttoarbeitsentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgeltes. Das Krankengeld ist einschließlich Lohn- oder Gehaltsfortzahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beschränkt.
- Krankengeld bis zu 10 Tagen pro Jahr für jedes versicherte Kind unter 12 Jahren, das nach ärztlichem Zeugnis von Ihnen gepflegt werden muss und Sie 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 begrenzt. Bei behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindern, die gesetzlich versichert sind, besteht ohne Altersbegrenzung der Anspruch auf

Kinderpflegekrankengeld. Für Eltern schwerstkranker Kinder mit nur noch einer Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten besteht dieser Anspruch zeitlich unbegrenzt.

- Haushaltshilfe, wenn Sie ins Krankenhaus müssen oder eine stationäre Maßnahme antreten und dadurch ihren Haushalt nicht weiterführen können, vorausgesetzt, dass in Ihrem Haushalt ein Kind lebt, das zu Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist
- Häusliche Krankenpflege, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder so die ärztliche Behandlung gesichert wird. Das gilt ebenso für ältere bzw. beeinträchtigte Menschen in Wohngemeinschaften oder ähnlichen neuen Wohnformen.
- Häusliche Pflege für Frauen, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist
- Soziotherapie für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen
- Mutterschaftsgeld und Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung

HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG

Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Hierzu schließen die Kassen zum Beispiel mit den Hausarztverbänden entsprechende Verträge ab. Wer sich verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, kann sich unter Umständen auch einen finanziellen Vorteil sichern: Die Entscheidung für den Hausarzttarif kann von den Krankenkassen mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen belohnt werden.

PALLIATIVVERSORGUNG

Schwerstkranken 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.

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.

Ein **Palliative Care Team** ist eine interdisziplinäre Gruppe von Fachleuten, die sich der Versorgung von schwerstkranken Patienten widmen, deren Sterbeprozess begonnen hat oder in absehbarer Zeit bevorsteht. Zu diesem Zweck arbeitet das Team mit anderen Leistungserbringern zusammen (Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst, Hospiz oder ambulanten Hospizdienst, Apotheke), berät diese und koordiniert die Aktivitäten.

Ein Palliative Care Team sichert die Versorgung der Patienten durch die ständige Verfügbarkeit eines Arztes oder einer Pflegefachkraft. Für Patienten, Angehörige und Rettungsdienste besteht eine telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr, ein Arzt oder Pfleger ist stets verfügbar. Neben der ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen und pflegerischen Betreuung gehört zur Arbeit eines Palliative Care Teams die Koordination der Aktivitäten, die Einbeziehung konsiliarischer Dienste und weiterer palliativ tätiger Berufsgruppen und das Ehrenamt, die Kommunikation (z. B. mit Angehörigen), die Dokumentation der Fälle sowie die Qualitätssicherung einschließlich Fortbildung und Supervision.

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.

Die Palliativversorgung ist Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungen der Palliativpflege in der häuslichen Krankenpflege wurden für die Pflegedienste abrechenbar. Ambulante Hospizdienste können neben Personalkosten auch Sachkosten abrechnen. Bei den stationären Hospizen ist der Mindestzuschuss durch die Krankenkassen gestiegen.

Ebenfalls verabschiedet wurde ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Krankenhäuser können zur Stärkung der Palliativmedizin eigenständige Palliativstationen mit den Kostenträgern vereinbaren. Krankenhäuser ohne Palliativstation können individuelle Zusatzentgelte für den Einsatz multiprofessioneller Palliativdienste abschließen. Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung durch die Gesetzlichen Krankenkassen zu den Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

ZAHNERSATZ

Die Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten des Zahnersatzes in Höhe der so genannten befundbezogenen Festzuschüsse (ca. 50 %). Dieser Zuschuss steigt ab Oktober 2020 um 10% auf der Basis der so genannten Regelversorgung. Das bedeutet: Maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist nicht die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige, die in der Mehrzahl der Fälle bei einem Befund angewandt wird. Sie können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf Kassenzuschuss zu verlieren.

Bonusregelungen beim Zahnersatz

Sie erhalten von Ihrer Krankenkasse einen finanziellen Bonus für den Zahnersatz, wenn Sie regelmäßig in den letzten 5-10 Jahren zu den jährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen waren. Somit erhöht sich der

Festzuschuss der Krankenkasse um 20 bis 30 Prozent. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

Härtefallregelungen beim Zahnersatz

Auch die Härtefallregelungen für Zahnersatz gelten auf Basis der Festzuschussregelung. Liegt Ihr Einkommen unter einer bestimmten Einkommensgrenze, erhalten Sie die medizinisch notwendigen Leistungen für die Regelversorgung ohne eigene Zuzahlungen.

Als Härtefall gelten für das Jahr 2020 monatliche Bruttoeinnahmen bis zu 1.274,00 € für Alleinstehende und mit einem Angehörigen 1.751,75 €. Für jeden weiteren Angehörigen kommen 318,50 € hinzu.

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.

SEHHILFEN

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 (z.B. bei einer schweren Sehbeeinträchtigung - wenn auf beiden Augen eine Beeinträchtigung mindestens der Stufe 1 nach der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation gegeben ist). Ob Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf geeignete Sehhilfen haben, zum Beispiel auf Lupengläser, Fernrohrbrillen, elektronisch vergrößernde Sehhilfen wie ein sogenanntes Bildschirmlesegerät, entscheiden die Augenärzte.

ZUZAHLUNGSREGELUNGEN

Grundsätzlich leisten Versicherte Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Es sind jedoch nie mehr als die jeweiligen Kosten des Mittels zu entrichten. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Patienten brauchen für bestimmte rezeptpflichtige Arzneimittel nichts zuzahlen, wenn die Hersteller eine Preisgrenze einhalten. Der Preis muss mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegen, den die gesetzlichen Krankenkassen für das Arzneimittel erstatten. Die Liste der betreffenden Medikamente wird von den Krankenkassen zusammengestellt und alle 14 Tage aktualisiert. Im Internet finden Sie eine Übersicht der aktuell zuzahlungsbefreiten Arzneimittel z. B. unter:

www.gkv-spitzenverband.de/Befreiungsliste_Arzneimittel_Versicherte.gkvnet

Um das Engagement der Versicherten für die eigene Gesundheit zu stärken und die besondere Stellung der Familie zu unterstützen, entfallen Zuzahlungen 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.
- empfohlenen Schutzimpfungen
- Harn- und Blutteststreifen

Die Zuzahlungen sollen niemanden über Gebühr belasten. Deshalb müssen Erwachsene nicht mehr als zwei Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens aus eigener Tasche hinzuzahlen. Für chronisch kranke Menschen, die besonders oft zum Arzt müssen und viele Medikamente benötigen, gilt eine niedrigere Belastungsgrenze. Sie liegt bei einem Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens.

BELASTUNGSGRENZE

Bis zum Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze müssen alle erwachsenen Versicherten Zuzahlungen leisten. Erst nach Erreichen dieser Grenze können sie sich durch ihre Krankenkassen von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Bereits zu viel geleistete Zuzahlungen werden erstattet.

Zum Bruttoeinkommen zählen alle Einkünfte, mit denen Versicherte ihren Lebensunterhalt finanzieren - z.B. Gehalt, Renten, Versorgungsbezüge, Kapital-Zinsen und Mieteinnahmen. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden die jährlichen Bruttoeinnahmen aller im Haushalt lebenden Angehörigen berücksichtigt. Das können Ehegatten oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sein. Kinder sind unter folgenden Voraussetzungen ebenfalls als Angehörige zu berücksichtigen:

- bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind)
- ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie entsprechend familienversichert sind

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden für Angehörige Familienabschläge vom Haushaltseinkommen abgezogen. Für 2020 gelten folgende Werte:

- 5.733 Euro für den ersten Angehörigen,
- 3.822 Euro für jeden weiteren Angehörigen
- 7.812 Euro für jedes zu berücksichtigende Kind

Befreiung von Zuzahlungen

Die persönliche Belastungsgrenze wird jedes Jahr neu ermittelt. Zusammen mit ihrem Befreiungsantrag sollten Versicherte alle Originalquittungen über bereits geleistete Zuzahlungen und Kopien von Einkommensnachweisen (z. B. Gehaltsbescheinigung) einreichen.

Vereinfachter Nachweis für chronisch Kranke

Chronisch kranke Menschen müssen Zuzahlungen nur bis zu einer Belastungsgrenze von einem Prozent ihres Bruttoeinkommens leisten. Die Kassen können auf die jährliche Bescheinigung durch den Arzt oder den Nachweis des Behinderungsgrades verzichten, wenn

ein Arzt die chronische Erkrankung bereits einmal festgestellt hat und es keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes gibt. Wer chronisch krank ist, sollte am Beginn eines neuen Jahres bei seiner Krankenkasse nachfragen, ob er wieder einen Nachweis vorlegen muss.

Zuzahlungsbefreiung für Sozialhilfeempfänger

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.

KRITERIEN FÜR DIE EINSTUFUNG ALS „CHRONISCH KRANK“

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:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vor
- es liegt ein Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vor.
- 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 Ehepartner in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert und schwerwiegend chronisch krank ist, gilt für alle Familienmitglieder eine Belastungsgrenze von einem Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzüglich der Freibeträge. Erreichen die Zuzahlungen aller Familienmitglieder zusammengekommen diese Belastungsgrenze, sind alle im Haushalt lebenden Familienmitglieder für weitere medizinische Leistungen zuzahlungsbefreit. Wie die Umsetzung im Einzelfall erfolgt, darüber informiert jede Krankenkasse. Für chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, gilt diese Belastungsgrenze von einem Prozent ebenfalls.

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

Für bestimmte chronische Krankheiten - derzeit für Diabetes mellitus (Typ 1 oder Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) - bieten die gesetzlichen Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme an. An diesen sogenannten Disease-Management-Programmen können chronisch Kranke

freiwillig teilnehmen. In diesen Programmen arbeiten Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie Heilberufler koordiniert zusammen. Gemeinsam behandeln sie Patienten nach neusten Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich überprüft sind. Die Patienten werden regelmäßig über therapeutische Schritte und Diagnosen informiert und von Anfang an in die Behandlungsentscheidungen mit einbezogen. Dazu werden unter anderem eigene Schulungen angeboten. Gemeinsam mit den 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.

FAHRKOSTEN

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 beispielsweise die Fahrten zur Strahlentherapie, zur Chemotherapie und zur ambulanten Dialysebehandlung. Schwerbehinderte bekommen die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet, wenn sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind), "H" (hilflos) oder "TbI" (taubblind) besitzen oder mindestens Pflegegrad 2 nachweisen können. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Fahrt und die Genehmigung der Kasse.

Auch wenn Sie keinen Schwerbehindertenausweis mit den relevanten Merkzeichen haben, kann Ihre Krankenkasse bei Vorliegen einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität Fahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen.

Ihre Krankenkasse übernimmt 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

Seit 2019 erfolgt in vielen Fällen eine automatische Genehmigung und Übernahme für Taxikosten zu medizinisch notwendigen Behandlungen, bei Pflegegrad 4 oder 5 durch die Kassen. Beim Pflegegrad 3 muss als Voraussetzung eine dauerhaft eingeschränkte Mobilität festgestellt worden sein.

Für diese genehmigten Fahrten gelten die allgemeinen Zuzahlungsregelungen: 10 Prozent, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

REHABILITATIONSLEISTUNGEN

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

Wer ist für Rehabilitationsleistungen zuständig?

- Behandlungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben übernimmt die Rentenversicherung.
- Die Unfallversicherung zahlt nötige Reha-Leistungen nach einem Unfall am Arbeitsplatz.
- Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist zuständig, wenn es um Vorbeugung drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit geht.

Stationäre Rehabilitation:

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

Teilstationäre Rehabilitation:

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.

Welches Ziel hat die geriatrische Rehabilitation?

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

Kann man seine Rehabilitationseinrichtung selbst auswählen?

Patienten können ihrer Krankenkasse ihre Wünsche bezüglich einer bestimmten Reha-Einrichtung mittei-

len. 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. Alle Patientinnen und Patienten über 18 Jahre müssen Zuzahlungen von zehn Euro am Tag bei stationärer Vorsorge und Rehabilitation leisten. Die Zuzahlung ist bei Anschlussrehabilitationen auf 28 Tage begrenzt. Hierbei werden bereits geleistete Krankenhauszuzahlungen angerechnet.

KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ

Das Gesetz soll die Gesamtsituation in den Krankenhäusern optimieren. Es soll zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser führen, die vor allen Dingen von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Neben den bereits im Abschnitt "Palliativversorgung"

erwähnten Verbesserungen in der Hospizarbeit stehen dabei folgende Schwerpunkte im Vordergrund:

- Verbesserung der Personalsituation, der Hygiene und der Qualität
- Sicherstellung einer guten regionalen Versorgung
- Eine Ambulante Notfallversorgung in den Kiniken und Notdienstpraxen schaffen
- Das Recht der Patienten auf unabhängige Zweitmeinung vor operativen Eingriffen wird gestärkt.
- Bildung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgung
- Nach Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Behandlung können Patienten vorübergehend in Kurzzeitpflege versorgt werden und diese als neue Leistung der Krankenkassen in Anspruch nehmen (Übergangspflege).

VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ - TERMINSERVICESTELLEN

Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen bei der Suche nach einem Facharzttermin helfen. Sie sollen den Versicherten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf vier Wochen nicht überschreiten.

Ein Anspruch auf einen bestimmten Arzt besteht nicht.

Zuzahlungen im Überblick	* jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels
Arzneimittel, Verbandmittel	10% des Apothekenabgabepreises, mind. 5 €, max. 10 € *
Genehmigte Fahrkosten	10% der Fahrkosten, mind. 5 €, max. 10 € pro Fahrt *
Heilmittel	10% des Abgabepreises zuzüglich 10 € pro Verordnung *
Hilfsmittel	10% der Kosten des Hilfsmittels, mind. 5 €, max. 10 € *
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10% der Kosten je Packung, max. 10 € im Monat
Krankenhausbehandlung	10 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen	10 € pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- u. Rehabilitationsmaßnahmen	10 € pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10 € pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Vorsorge- u. Rehammaßnahmen für Mütter und Väter	10 € pro Kalendertag