

Expertenbroschüre

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte

 PKV RATGEBER



Ausgabe
2016

Impressum

pkv-ratgeber

7. Auflage, August 2016

Herausgeber: © 2016 Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Expertenbroschüre

Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte

Inhalt >>

Vorwort	6
1 Orientierung für GKV-Versicherte	9
1.1 Träger der GKV	10
1.2 Situation und Entwicklung der GKV	11
1.3 Überblick der Gesundheitsreformen	14
1.4 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen	18
1.5 Beiträge in der GKV	20
1.5.1 Der Gesundheitsfonds	20
1.5.2 Beitragssatz/Zusatzbeitrag	21
1.6 Krankenkassenwahlrecht	22
1.7 Leistungsdifferenzierungen in der GKV	23
1.8 Wahltarife in der GKV	24
1.8.1 Pflichtangebote der Krankenkassen	25
1.8.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen	25
1.8.3 Bindungsfristen	26
1.8.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen	27
1.8.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?	27
2 Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten	29
2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen	31
2.1.1 Auslandsreiseschutz	31
2.1.2 Zahnersatz	31
2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus	33
2.1.4 Freie Krankenhauswahl	33
2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	34
2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall	36

2.2	Sinnvolle Ergänzungsversicherungen	40
2.2.1	Vorsorgeuntersuchungen	40
2.2.2	Naturheilverfahren/Heilpraktiker	40
2.2.3	Zuzahlungen	41
2.2.4	Brillen/Kontaktlinsen	42
2.3	Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung	42
2.4	Optionstarife	42
3	Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen	45
3.1	Verbraucherwünsche	46
3.2	Einsteigerprodukte oder Komfort-Absicherung	46
3.3	Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung	48
3.4	Marktentwicklung der Zusatzversicherung	49
3.5	Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV	51
4	Anhang	55
4.1	Synopse über die wesentlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV	56
	Gesetzestexte	58
	Stichwortverzeichnis	67

Vorwort

>> Ziele der Expertenbroschüren

Die Expertenbroschüren beschäftigen sich mit aktuellen Themen aus dem Gesundheitswesen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die private Krankenversicherung (PKV) und für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Diese Broschüren wenden sich an die Zielgruppe der Versicherungsvermittler. Sie erschöpfen sich nicht in der Darstellung der Situation unseres Gesundheitswesens und dessen Zukunftsperspektiven. Sie sollen Hilfestellung für die qualifizierte Beratung zur Absicherung des existenziellen Risikos extremer Krankheitskosten und zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung im Krankheitsfall sein – und zwar unabhängig davon, ob es sich um einen Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung zur privaten Krankenversicherung oder um einen Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung handelt.

Diese Hilfe kann nur durch eine umfassende Beratung qualifizierter Versicherungsvermittler erfolgen. Für diese Beratung geben die Broschüren Orientierung und Hilfestellung.

Hiermit wird die 7. Auflage der Expertenbroschüre vorgelegt, die sich über Jahre hinweg als sehr wertvolle Informationsschrift bewährt hat. In der 7. Auflage sind Daten und Fakten aktualisiert worden. Außerdem wurden die Marktentwicklung der Zusatzversicherungen ausführlich beschrieben, die Synopse GKV/PKV grundlegend überarbeitet und die Neuerungen in der Pflegeversicherung ergänzt.

Dankenswerterweise wurden wir durch kritische und weiterführende Anmerkungen und Ergänzungen von unserem Expertenbeirat unterstützt. Dieser setzt sich aus den Herren Prof. Dr. Oliver Brand, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Prof. Dr. Bernd Hof, Prof. Dr. Norbert Klusen, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Dr. Marc Surminski und Prof. Dr. Jürgen Wasem zusammen.

>> **Vorbemerkung zur 7. Auflage der Expertenbroschüre „Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte“**

Schon heute leistet die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach diversen Gesundheitsreformen in vielen Bereichen nicht genug. Die Schere zwischen dem, was das Gesundheitswesen bietet, und dem, was die GKV leistet, ist in den letzten Jahren immer weiter auseinander gegangen. Angesichts der demografischen Entwicklung und des fortwährenden medizinischen Fortschritts wird sich daran – ohne grundlegende Reformen – auch nichts ändern.

Das bedeutet: Es gibt heute bei vielen gesetzlich Versicherten den Wunsch, Leistungen zu erhalten, die die GKV in ihrem Leistungskatalog nicht bietet. Die Zahl dieser Menschen wird in Zukunft weiter wachsen.

Für Vermittler ergibt sich daraus in der Beratung die folgende Frage: Wie kann der steigende Bedarf der Kunden bestmöglich gedeckt werden?

Die Zahl der unterschiedlichen Angebote bei Zusatzleistungen nimmt weiter zu. Die Palette reicht dabei vom existenziell wichtigen Schutz bis hin zu Leistungen, die eher im Komfortbereich anzusiedeln sind. Angesichts der großen Anzahl der verschiedenen Leistungen und auch der erheblichen Unterschiede bei der konkreten Ausgestaltung ist es unverzichtbar, den Kunden im Bereich der Ergänzungsversicherungen durch qualifizierte Vermittler individuell zu beraten.

Informiert werden muss der Kunde über die verschiedenen Möglichkeiten, sich Zusatzleistungen zu sichern. Wahltarife der Krankenkassen scheinen auf den ersten Blick eine attraktive Alternative zu den üblichen Ergänzungsversicherungen zu sein. Aber sie bergen auch Nachteile und Risiken, über die der Vermittler informieren muss.

Diese Broschüre gibt Vermittlern einen neutralen Überblick über den Bereich der Ergänzungsversicherungen – über die grundsätzlichen Rahmenbedingungen und die verschiedenen Leistungen, die Ergänzungsversicherungen bieten können, bis hin zur Möglichkeit, über Optionstarife Flexibilität zu sichern. Des Weiteren beleuchtet die Broschüre, welche Trends es im Markt der Ergänzungsversicherung gibt.

Wir danken insbesondere unserem Expertenbeirat, der uns bei der Ausarbeitung dieser Broschüre mit seinen wissenschaftlich fundierten Anmerkungen tatkräftig unterstützt hat.

Continental Krankenversicherung a.G., August 2016

Orientierung für GKV-Versicherte >> 9

10 >> Orientierung für GKV-Versicherte

1 Orientierung für GKV-Versicherte

>> 1.1 Träger der GKV

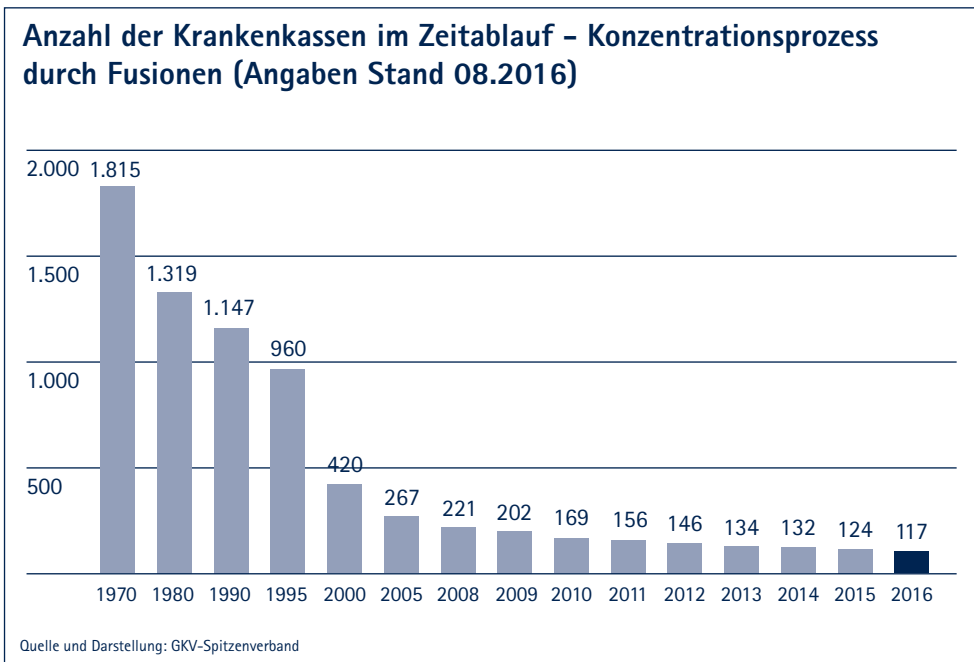
Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Gesetzgeber legt über das Sozialgesetzbuch fest, welche Aufgaben die GKV zu erfüllen hat. Die Mitglieder erbringen einen Beitrag, dessen Höhe sich überwiegend nach dem Einkommen berechnet. Diese Gelder werden verwendet, um die gesetzlich festgelegten Aufgaben zu erfüllen. Die Mitglieder bilden dabei eine Art Solidargemeinschaft – jeder erhält die gleichen Leistungen, obwohl die absoluten Beitragszahlungen verschieden hoch sind.

Man unterscheidet zwischen folgenden Kassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) stehen für abgegrenzte Regionen, die sich auf verschiedene Bundesländer erstrecken können.
- Betriebskrankenkassen (BKK) können von Arbeitgebern mit mindestens 1.000 Versicherungspflichtigen gegründet werden. Sie können sich auch für Betriebsfremde öffnen.
- Innungskrankenkassen (IKK) können von Handwerksinnungen mit mindestens 1.000 Versicherungspflichtigen gegründet werden. Auch sie können sich öffnen.
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Träger der Krankenversicherung der Landwirte.
- Knappschaft-Bahn-See, ursprünglich nur für Arbeitnehmer des Bergbaus zuständig, seit dem 01.04.2007 allgemein geöffnet und seit 01.01.2008 ist die See-Krankenkasse in ihr aufgegangen.
- Ersatzkassen, entstanden aus Selbsthilfvereinigungen.

In Deutschland werden rund 70 Millionen Versicherte von einer gesetzlichen Krankenkasse versorgt. Die Anzahl der Krankenkassen hat sich im Laufe der Jahre ständig reduziert. Insbesondere durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat dieser Konzentrationsprozess durch Fusionen eine neue Dynamik bekommen.

Derzeit gibt es noch 117 gesetzliche Krankenkassen (Quelle: GKV-Spitzenverband, Stand 08.2016) von 1.815 Kassen im Jahr 1970.



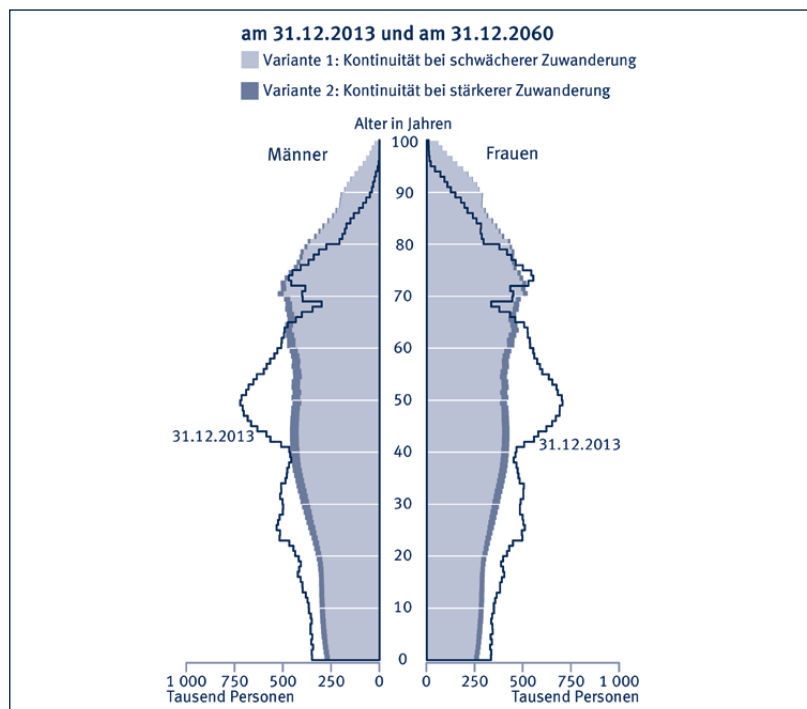
>> 1.2 Situation und Entwicklung der GKV

Entwicklung der Beiträge

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden in jedem Kalenderjahr die Mehrkosten im Alter durch die Beiträge der jüngeren Generation abgedeckt (Umlageverfahren), während in der privaten Krankenversicherung durch Rückstellungen für das Alter des Einzelnen vorgesorgt wird (Kapitaldeckungsverfahren). In einer älter werdenden Gesellschaft, in der immer weniger junge Menschen mit entsprechendem Einkommen nachwachsen, können steigende Gesundheitskosten, die sich insbesondere im Alter auswirken, nur durch steigende Beiträge der Solidargemeinschaft aufgefangen werden. Bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird diese Entwicklung noch beschleunigt.

12 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2013 und 2060



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

In den kommenden Jahren sind erhebliche demografische Herausforderungen zu meistern. Immer weniger Jüngere müssen die Lasten für immer mehr Ältere tragen, deren eigener Finanzierungsbeitrag in der GKV kontinuierlich sinkt. Der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen liegt heute bei rund 20 %. Im Jahr 2060 wird jeder dritte Deutsche älter als 65 sein, jeder Siebente sogar älter als 80 Jahre. Der Anteil der arbeitenden Bevölkerung im Alter von 20 bis 65 Jahren hingegen sinkt von heute 60 % auf 50 % im Jahr 2060.

In einem System, in dem eine schwindende Zahl Jüngerer immer größere Teile des Risikos der Älteren finanzieren muss, treten zwangsläufig Probleme auf, die gelöst werden müssen, damit das Bismarck-System überleben kann. Diese Finanzierungsprobleme werden noch verstärkt, weil sich das Beschäftigungssystem in den letzten Jahren verändert hat: Die traditionellen Vollzeitverhältnisse mit voller Sozialversicherungspflicht nehmen ab, so genannte atypische und damit häufig sozialversicherungsfreie Beschäftigungsverhältnisse dagegen zu.

Qualitätsprobleme und fehlende Wirtschaftlichkeit

Das derzeitige Gebührensystem für Ärzte ist abhängig von dem, was der Arzt tut, und nicht davon, wie er es tut. Leider gibt es für die Anbieter von Gesundheitsleistungen kaum einen Anreiz sich qualitätsbewusst zu verhalten.

Daran hat auch die Reform von 2009 für die Honorierung der niedergelassenen Ärzte nichts geändert. Resultate aus dieser Reform waren eine Steigerung des Gesamthonorarvolumens und eine bundeseinheitlich angeglichene Vergütung kassenärztlicher Leistungen.

Von 1996 bis 2004 wurden in Deutschland Fallpauschalen zur Vergütung einzelner definierter medizinischer Leistungskomplexe – beispielsweise Leisten-, Gallen-, Blinddarmoperation – in Krankenhäusern angewendet.

Die **Fallpauschale** ist eine Form der Vergütung von Leistungen im Gesundheitssystem. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (wie tagesgleiche Pflegesätze) oder einer Vergütung einzelner Leistungen (Einzelleistungsvergütung) erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall.

Seit 2004 ist ein einheitliches an Diagnosen geknüpftes Fallpauschalen-System, das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups), eingeführt worden. Ausgenommen sind davon bisher noch grundsätzlich Abteilungen und Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik. Für Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen will der Gesetzgeber ein eigenes pauschalierendes Vergütungssystem einführen. Das PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) befindet sich seit 2013 auf freiwilliger Basis für die Krankenhäuser in der Erprobung. Zudem können hochspezialisierte Einrichtungen zeitlich befristet die Herausnahme aus dem DRG-System beantragen, wenn sich ihre Leistungen noch nicht dem Aufwand entsprechend im DRG-System abbilden lassen.

Jährlich findet, mit Wirkung für das Folgejahr, eine Anpassung des DRG-Systems an die besonderen Gegebenheiten in Deutschland statt. Ziel ist es, alle stationären „somatischen“ Leistungen mit diesem „pauschalen Entgeltsystem“ leistungsgerecht abbilden zu können.

Folgende Ziele wurden mit der DRG-Einführung verfolgt:

- die Liegezeit in deutschen Krankenhäusern weiter zu verkürzen,
- die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Krankenhäusern zu vereinheitlichen („gleicher Preis für gleiche Leistung“),
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen zu erhöhen,
- vermutete Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen und
- zukünftig zu erwartende Kostensteigerungen im stationären Bereich zu begrenzen.

Der gesamtwirtschaftliche Erfolg des Verfahrens ist jedoch bisher weder für den Patienten noch für die Krankenhäuser oder die Krankenversicherungsträger schlüssig erkennbar.

Es gibt in der GKV generell zu wenig Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Leistungserbringer, wohl aber viele Möglichkeiten für eine unnötige Ausweitung der medizinischen Leistung. Die finanziellen Strukturen und ein Großteil der vorgesehenen Sanktionsmechanismen sind nicht genügend qualitätsorientiert.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie Rehabilitation führt dazu, dass jeder Bereich versucht, die eigenen Interessen zu optimieren. Ein optimales Gesamtergebnis für den Patienten zu erzielen steht dabei nicht zwangsläufig im Vordergrund. Eine sektorenübergreifende Versorgung, also eine sogenannte integrierte Versorgung, begünstigte hier eine Fokussierung auf die Behandlung des Patienten.

14 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Wenn Geld in einem System fehlt und Aktivitäten zur Steigerung der Effizienz nicht wirksam sind, verbleiben als letzte Möglichkeiten, die zu erbringenden Leistungen einzuschränken oder den Beitragssatz zu erhöhen. Die vielen aufeinander folgenden Gesundheitsreformen der GKV in den vergangenen Jahrzehnten waren geprägt durch drei Elemente: Leistungseinschränkungen, mehr staatliche Regulierung und Zentralisierung sowie Einführung von Wettbewerbsselementen. Es stellt sich immer wieder die Frage, wie gerade die letzten beiden gegensätzlichen Elemente – mehr Staat und mehr Vertragsfreiheit – in Einklang gebracht werden können. Es fehlt bisher auch ein durchgängiges und plausibles Wettbewerbskonzept für die GKV.

>> 1.3 Überblick der Gesundheitsreformen

Im Überblick stellt sich die **Geschichte der Gesundheitsreformen** wie folgt dar:

1984 Haushaltsbegleitgesetz

- Beitragspflicht zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung aller Angestellten und Arbeiter bei Bezug von Krankengeld

1989 Gesundheitsreformgesetz

- Festbeträge/Zuzahlungen bei Arzneimitteln
- Zuschuss für Zahnersatz nur noch 60 %
- Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- Zuschuss bei Brillengestellen nur noch 20 DM
- Zuzahlungen Fahrtkosten in Höhe von 20 DM
- Neuregelung bei der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) (9/10-Regelung)

1993 Gesundheits-Strukturgesetz

- Erhöhung der Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- Keine Leistung für unwirtschaftliche Arzneien (z. B. Grippemittel)
- Zuschuss für Zahnersatz nur noch 50 % (+ 15 % Bonus)
- Budgetierung für Ärzte und Arzneimittel
- Einführung von Fallpauschalen
- Verschärfung der 9/10-Regelung der KVdR

1995 Pflegepflichtversicherung

- Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegefall)

1997 Beitragsentlastungsgesetz

- Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel
- Zuschuss für Brillenfassungen entfällt

- Nur noch geringer Festzuschuss bei Zahnersatz
- Keine Leistung bei Zahnersatz für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind
- Erhebliche Kürzung des Krankengelds

1997 GKV-Neuordnungsgesetz

- Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel
- Erhöhung der Zuzahlungen für Heilmittel
- Erhöhung der Zuzahlungen für Fahrkosten
- Erhöhung der Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte

1999 Solidaritätsstärkungsgesetz

- Verringerung der Zuzahlungen für Arzneimittel
- Wiedereinführung von Zahnersatz für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind
- Statt Festzuschuss für Zahnersatz wieder prozentuale Erstattung von 50 % bis 65 %

2000 Gesundheitsreform 2000

- 10 % gesetzlicher Beitragszuschlag in der PKV
- Keine Rückkehrmöglichkeit in die GKV für Personen ab dem 55. Lebensjahr
- Wegfall der Familienversicherung für PKV-versicherte Frauen während des Erziehungsurlaubs
- Erweiterung des Personenkreises für den Standardtarif
- Rückkehrgarantie in die PKV bei unfreiwilliger Nichtversicherung

2002 Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)

- Entkoppelung der Jahresarbeitsentgeltgrenze von der Beitragsbemessungsgrenze (dadurch deutliche Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

- Einführung der „Praxisgebühr“
- Ausweitung der Zuzahlungsregelungen
- Kein Zuschuss mehr für Brillen und Kontaktlinsen
- Erweiterung der Beitragspflicht für Rentner (Betriebsrenten)
- Kostenerstattung für alle möglich
- Satzungen der GKV dürfen Bonusmodelle vorsehen
- Kooperationsmöglichkeit PKV/GKV
- Zusatzbeitrag von 0,9 % ohne AG-Anteil

16 >> Orientierung für GKV-Versicherte

2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- Einführung der Drei-Jahres-Regelung für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV
- Pflicht zur Krankenversicherung (GKV ab 01.04.2007/PKV ab 01.01.2009)
- Einführung des Basistarifs im Jahr 2009
- Einführung eines Übertragungswertes für neu abgeschlossene Verträge
- Anforderungen an PKV-Volltarife (ambulanter und stationärer Schutz mit 5.000,00 Euro max. Selbstbeteiligung)
- Möglichkeit von Wahltarifen für die GKV
- Wegfall des Krankengeldes für Selbstständige zum 01.01.2009 (zum 01.08.2009 wieder eingeführt)
- Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009
- Politisch festgesetzte Beitragssätze in der GKV
- Zusatzbeiträge und Rückerstattungen in der GKV

2010 Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

- Beiträge zur PKV in erweitertem Umfang von der Steuer absetzbar

2011 GKV-Finanzierungsgesetz

- Wegfall der Dreijahresfrist für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV
- Allgemeiner Beitragssatz in der GKV wird auf 15,5 % festgeschrieben
- Die bisherige Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen entfällt. Ein Sozialausgleich greift ein, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen überschreitet.
- Bindefristen für GKV-Wahltarife werden teilweise auf 1 Jahr reduziert
- Sonderkündigungsrecht bei Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt jetzt auch bei Abschluss eines Wahltarifs

2011 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

- Arzneimittel, die mit neuem Wirkstoff auf den Markt gebracht werden, werden bezüglich des Zusatznutzens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bewertet. Liegt ein Zusatznutzen vor, so kann der Erstattungspreis (Marktpreis - Rabatt) mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Andernfalls landet das Arzneimittel in einer Festbetragsgruppe.

2011 Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (AMRabG)

- Durch das Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) hat der Gesetzgeber zum Januar 2011 erstmals auch den PKV-Unternehmen das Recht eingeräumt, einen Herstellerrabatt bei den Pharmaunternehmen einzufordern. Damit gelten die Regelungen des § 130a SGB V jetzt für PKV und GKV gleichermaßen. Die Einnahmen aus dem Herstellerra-

batt dürfen von PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämienhöhungen bzw. zur Prämienermäßigung bei den Versichertenbeständen verwendet werden.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) prognostiziert in Folge des Arzneimittelrabattgesetzes für die PKV ein Einsparvolumen von 161 Mio. Euro.

2012 GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- Bessere Versorgung für die Patienten (z. B. die Möglichkeit zusätzlicher Satzungsleistungen der Kassen, flexible Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung)
- Flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land
- Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
- Anreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten

2012 Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG)

- Verbesserung der Leistungen für Demenzzranke
- Bezuschussung privater Pflege-Zusatzversicherungen ab 01.01.2013 („Pflege-Bahr“)

2013 Wesentliche Reformgesetze

- Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung sowie Assistenzpflegegesetz
 - Einführung des Notlagentarifs (§ 193 Abs. 6-9 VVG)
 - Obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V)
- Wegfall der Praxisgebühr

2015 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)

- Seit 01.01.2015 Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 %
- Der hälftige Arbeitgeberanteil von 7,3 % wird gesetzlich festgeschrieben
- Der Arbeitnehmeranteil beträgt 7,3 %
- Wegfall des Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 % der beitragspflichtigen Einnahmen sowie der pauschalen Zusatzbeiträge und des damit einhergehenden steuerfinanzierten Sozialausgleichs
- Einführung eines kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrages, der alleine vom Arbeitnehmer zu tragen ist.

2015 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Einrichtung von Terminservicestellen für die Vereinbarung von Facharztterminen
- Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen

18 >> Orientierung für GKV-Versicherte

2015 Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

- Insbesondere Stärkung der häuslichen Pflege (Ausweitung und Flexibilisierung der Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie neue ambulante Wohnformen)
- Erhöhung der gesetzlichen Pflegeleistungen um rund 4 %
- Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (2,6 % für Kinderlose)

2016 Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

- Die Einführung der neuen 5 Pflegegrade, die ab 2017 gelten sollen, wird vorbereitet
- Die Pflegeberatung wird verbessert und auf Angehörige ausgeweitet
- Bessere ärztliche Versorgung in den Pflegeheimen
- Neues Verfahren zur Empfehlung von RehaMaßnahmen für Pflegebedürftige
- Start der Arbeit an neuen Qualitätsvorgaben für Pflegeeinrichtungen

>> 1.4 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen

Die verschiedenen Gesundheitsreformen (siehe Punkt 1.3) brachten den GKV-Versicherten neue Regelungen der unterschiedlichsten Art und Weise, vor allem in Form höherer finanzieller Belastungen. Die Neuerungen beziehen sich auf Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen im Arzneimittelbereich, bei Brillen, der Kieferorthopädie, bei Klinikaufenthalten bis hin zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Kurzüberblick über Zuzahlungen

Leistungsart	Zuzahlungen
Arznei- und Verbandmittel	pro Arznei- und Verbandmittel 10 % des Abgabepreises, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR; jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst
Haushaltshilfe	pro Kalendertag 10 % der Leistung, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR pro Tag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten sowie 10,00 EUR je Verordnung, max. bis zu 28 Kalendertage im Jahr
Heilmittel	pro Verordnung 10,00 EUR sowie 10 % der Kosten des Heilmittels
Hilfsmittel	pro Hilfsmittel 10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR; kein Zuschuss mehr für Brillen und Kontaktlinsen
Zahnersatz	je nach durchgeführter regelmäßiger Prophylaxe wird ein Festzuschuss in Höhe von 50 – 65 % der Kosten im Rahmen der Regelversorgung gewährt
Kieferorthopädie	- 20 % für das 1. Kind (bis zum 18. Lebensjahr) - 10 % ab dem 2. Kind (bis zum 18. Lebensjahr) Bei erfolgreich abgeschlossener Behandlung, wird die Eigenbeteiligung von der Krankenkasse erstattet.
Krankenhausaufenthalt/ Anschlussheilbehandlung	pro Tag 10,00 EUR, max. bis zu 28 Tage
Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, PKW oder Taxi	in voller Höhe
Transportkosten in Krankenwagen und Rettungsfahrzeugen	pro Fahrt 10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR
stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme	10,00 EUR täglich bis zu 28 Tagen – Regeldauer 3 Wochen – Wiederholung frühestens nach 4 Jahren
Soziotherapie	10 % der Kosten, mind. 5,00 EUR, max. 10,00 EUR

Belastungsgrenzen

Die Summe aller Zuzahlungen darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für Kinder und erwerbslose Ehepartner gelten zusätzliche Freibeträge. Sie werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen abgezogen und betragen 7.248,00 Euro pro Kind und 5.229,00 Euro für den nicht erwerbstätigen Ehepartner.

Beispiel

Das Jahreseinkommen einer Familie mit drei Kindern beträgt 50.000,00 Euro. Der Freibetrag beträgt insgesamt 26.973,00 Euro (5.229,00 Euro für den Ehepartner und jeweils 7.248,00 Euro für die drei Kinder). Die Jahresbelastungsgrenze der fünfköpfigen Familie liegt bei 460,54 Euro (2 % von 23.027,00 Euro.)

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 % der Bruttoeinnahmen. Um in den Genuss dieser Vergünstigungen zu kommen, muss beispielsweise bei manchen Krebserkrankungen die Teilnahme an einem Beratungsgespräch über Krebsfrüherkennung nachgewiesen werden.

Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind generell von nahezu allen Zuzahlungen befreit. Ausnahmen bilden hier Fahrtkosten, Kieferorthopädie und Zahnersatz.

20 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Berechnungsbeispiel

Die maximale Summe aller Zuzahlungen innerhalb eines Jahres:

Jährliche Bruttoeinnahmen	Belastungsgrenze	
	2 %	1 %
10.000,00 EUR	200,00 EUR	100,00 EUR
20.000,00 EUR	400,00 EUR	200,00 EUR
30.000,00 EUR	600,00 EUR	300,00 EUR
40.000,00 EUR	800,00 EUR	400,00 EUR

Härtefallregelung bei Zahnersatz (§ 55 Abs. 2 SGB V): Versicherte, die über ein geringes Einkommen verfügen, erhalten die Leistungen der Regelversorgung, ohne eine Eigenbeteiligung zahlen zu müssen. Diese Regelung greift bei Beziehern von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II, Ausbildungsförderung nach dem SGB III oder BaföG. Die Einkommensgrenze für Alleinstehende liegt bei 1.162,00 Euro brutto. Haben sie einen Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, darf das gemeinsame Einkommen höchstens 1.597,75 Euro betragen. Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sich die Grenze um 290,50 Euro. Für Versicherte, deren Einkommen nahe an den Befreiungsgrenzen liegt, gilt die sogenannte gleitende Härtefallregelung: Die maximale Zuzahlung ist auf das Dreifache des Betrages begrenzt, um den das Bruttoeinkommen die zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung maßgebende Einkommensgrenze überschreitet.

Fazit:

Diese Härtefallregelungen sollten, wie die Einkommensgrenzen zeigen, nur für einen Teil der gesetzlich Versicherten gelten. Nach Einführung der Chronikerregelung liegt jedoch der Anteil der anerkannten Härtefälle in der GKV heute schon bei rund 40 % aller Versicherten.

>> 1.5 Beiträge in der GKV

Nach dem Grundgedanken des Solidaritätsprinzips (einer für alle – alle für einen) werden die Beiträge in der GKV entsprechend der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erhoben. Dabei sollen die Beiträge der besserverdienenden Beitragszahler die geringeren Beiträge der anderen Versicherten mit geringem (z. B. Rentner) oder keinem Einkommen (z. B. Familienversicherte) kompensieren.

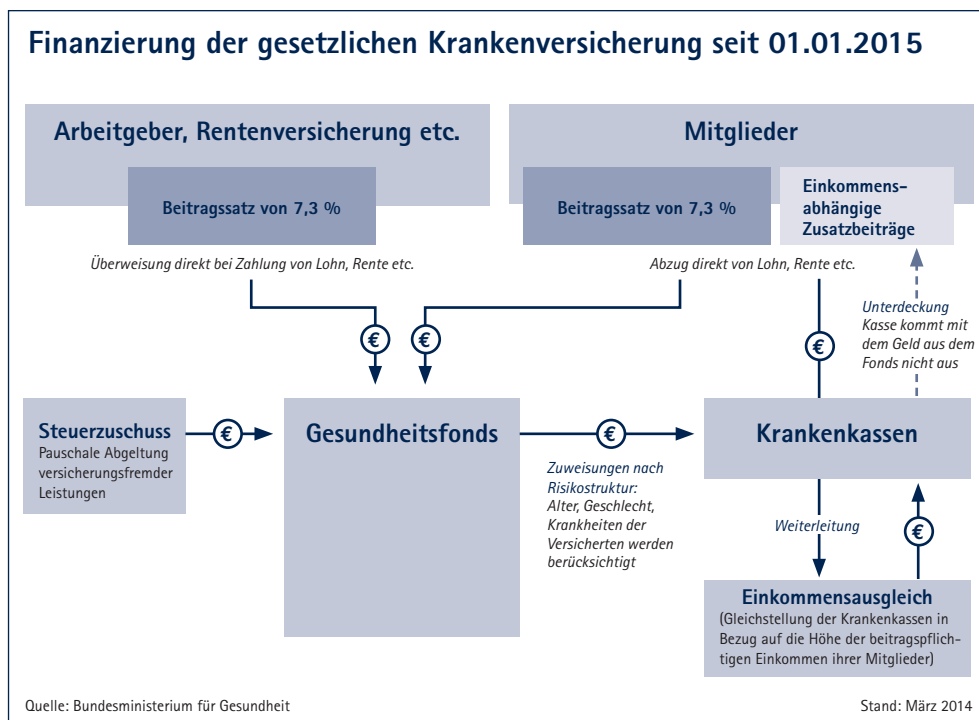
1.5.1 Der Gesundheitsfonds

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 neu gestaltet.

Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale. Dazu kommen noch Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird hierüber gezielt ausgeglichen. Dadurch werden für 80 festgelegte schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Zuschläge ermittelt. „Damit Krankenkassen, deren Klientel

eher geringe Einkommen hat, hierdurch nicht belastet werden, findet auch insoweit ein Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen statt". Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherte bzw. mit einkommensschwachen Mitgliedern haben nach der Umverteilung über den Gesundheitsfonds überwiegend keine Wettbewerbsnachteile mehr. Das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet den Gesundheitsfonds.

Das Finanzierungssystem des Gesundheitsfonds macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Wenn eine Krankenkasse mit dem ihr zugewiesenen Geld nicht auskommen sollte, kann sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben.

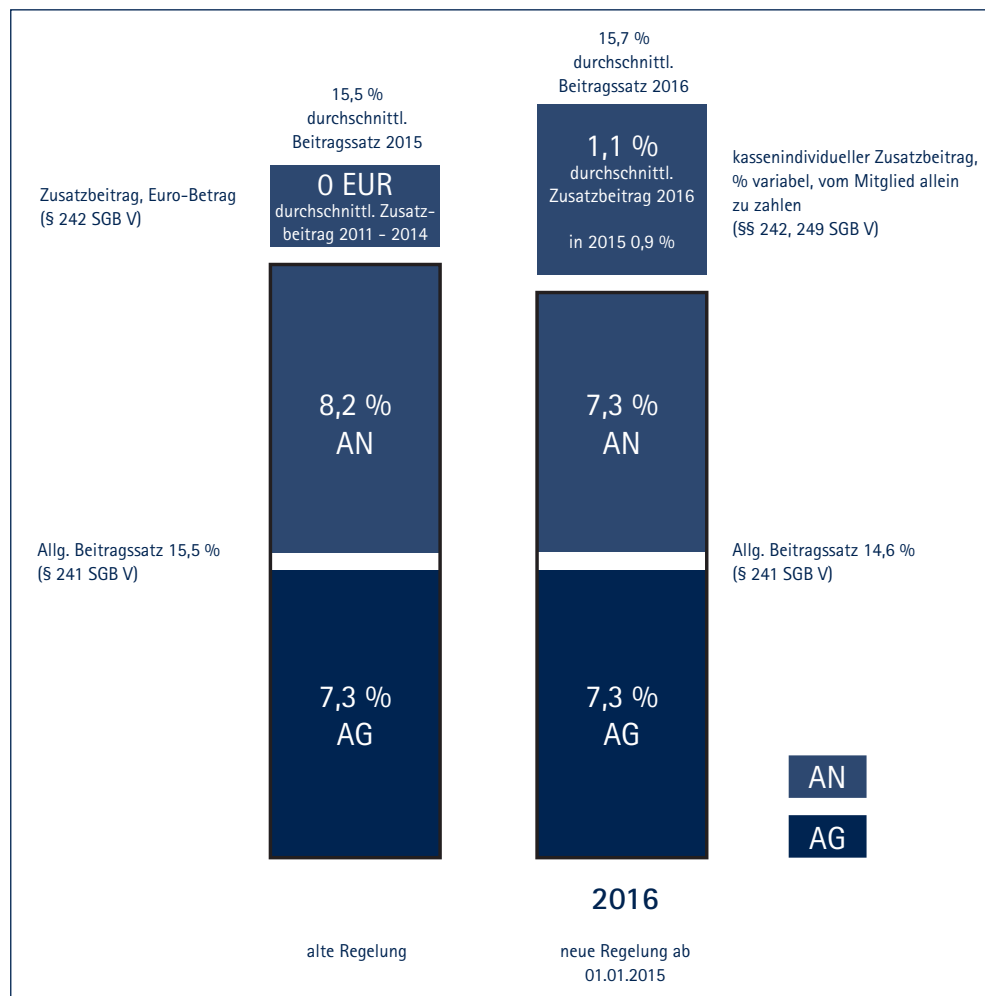


1.5.2 Beitragssatz/Zusatzbeitrag

Der allgemeine Beitragssatz in der GKV betrug seit dem 01.01.2011 bis 31.12.2014 einheitlich 15,5 % (der ermäßigte Beitragssatz 14,9 %). Hiervon wurden 14,6 % paritätisch finanziert (jeweils 7,3 % vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer). Zusätzlich wurde allein vom Arbeitnehmer ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % des Einkommens gezahlt.

Mit Inkrafttreten des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG), das eine Neuregelung der Zusatzbeiträge vorsieht, erfolgte zum 01.01.2015 eine Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 %. Der bisher allein von den Versicherten gezahlte Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % des Einkommens fällt ebenso weg wie die pauschalen Zusatzbeiträge und der damit einhergehende steuerfinanzierte Sozialausgleich. Dafür erheben die Krankenkassen seit 01.01.2015 individuelle, einkommensabhängige Zusatzbeiträge, die allein von den Versicherten zu tragen sind. Im Jahr 2016 beträgt der Zusatzbeitrag durchschnittlich 1,1 %.

22 >> Orientierung für GKV-Versicherte



>> 1.6 Krankenkassenwahlrecht

Für mehr Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen wurde zum 01.01.1996 das Krankenkassenwahlrecht eingeführt.

Beim Krankenkassenwahlrecht handelt es sich um ein aktives Wahlrecht. Dies bedeutet, dass die Mitglieder ihre Wahl gegenüber der gewählten Krankenkasse erklären müssen.

Sofern die Kasse nach den §§ 173 ff. SGB V wählbar ist, darf sie die Wahl nicht ablehnen (sog. Kontrahierungszwang).

Kündigungsmöglichkeit

Freiwillige und pflichtversicherte Mitglieder können jederzeit – unter Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des übernächsten Monats – eine andere Kasse wählen, soweit sie das 15. Lebensjahr vollendet haben. An die neu gewählte Kasse ist der Versicherte 18 Monate gebunden (§ 175 Abs. 4 SGB V).

Die Einhaltung der Bindungswirkung wird durch ein Nachweisverfahren sichergestellt. Danach hat die bisherige Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse nachweist. Eine Mitgliedsbescheinigung darf die neu gewählte Krankenkasse nur ausstellen, wenn ihr die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorliegt. Bei erstmaliger Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags hat die versicherte Person ein Kündigungsrecht auch innerhalb der 18 Monate (Siehe auch im Anhang „Kündigungsfristen beim Kassenwechsel“ Seite 57).

>> 1.7 Leistungsdifferenzierungen in der GKV

Die gesetzlichen Kassen haben ihren Mitgliedern aufgrund der Vorschriften im fünften Buch zum Sozialgesetzbuch (SGB V) Regelleistungen zu erbringen, die identisch sind. Die Möglichkeiten, sich darüber hinaus mit besonderen Leistungen von anderen Kassen abzuheben, sind jedoch eingeschränkt.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 und des Einheitsbeitrags war das Argument eines niedrigeren Beitragssatzes für einen Kassenwechsel entfallen. Die Einführung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge mit dem GVK-FQWG zum 01.01.2015 kann zum erneuten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen führen und den ein oder anderen Versicherten zu einem Wechsel bewegen.

Auch die bisherigen Wettbewerbselemente wie Extraleistungen, z. B. für Präventionsmaßnahmen und Bonusprogramme, werden weiterhin im Vordergrund stehen.

Satzungsleistungen

Satzungsleistungen sind Leistungen, die eine Krankenkasse ihren Versicherten zusätzlich zum gesetzlich festgelegten Leistungskatalog gewährt. Den gesetzlichen Krankenkassen wird es mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ermöglicht, durch die Ausgestaltung der Satzungsleistungen stärker zueinander in Wettbewerb zu treten. In Zukunft sollen Patientinnen und Patienten auf noch breiterer Basis Angebote nutzen können, die ihrem individuellen Bedarf entsprechen. Dazu können künftig Leistungen im Bereich der Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gehören, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern wie z.B. Heilpraktikern. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen festzulegen, um die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Satzungsleistungen sind allen Versicherten einer Krankenkasse zu gewähren, bei denen die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen vorliegen. Sie sind aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds oder ggf. durch Einnahmen aus einem Zusatzbeitrag zu finanzieren.

24 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Bonusprogramme

Die Krankenkassen können Bonusprogramme für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten anbieten. Dazu gehören beispielsweise die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen. Die Bonusysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Sie muss dabei selbst bewerten, mit welchen finanziellen Anreizen sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten motiviert. Möglich sind beispielsweise Ermäßigungen bei Zuzahlungen. Arbeitgeber können ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten, wenn sie in ihren Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung anbieten.

Service- und Beratungsleistungen

Durch Vergleiche werden die angebotenen Service- und Beratungsleistungen in den Mittelpunkt einer Bewertung gestellt. So werden Krankenkassen danach beurteilt,

- ob sie über eine Beratungs-/Service-Hotline verfügen und wie lange diese am Tag bzw. in der Woche besetzt ist,
- mit welchem Personal die Hotline besetzt ist (Sozialversicherungsfachangestellte?),
- ob Geschäftsstellen für persönliche Beratung vorhanden sind,
- wie gesundheitsbewusstes Verhalten durch Bonusprogramme belohnt wird,
- welche Präventionsmaßnahmen (z. B. Kurse, Aktivwochen) angeboten werden,
- welche Behandlungsprogramme (z. B. für Schwangere, chronisch Kranke, Raucher) angeboten werden oder
- in welchen Bereichen sie Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben.

Neben den oben genannten Möglichkeiten der Leistungsdifferenzierung können sich die Krankenkassen auch durch das eigene Angebot an Wahlтарifen (vgl. 1.8) unterscheiden und das Angebot an exklusiven Ergänzungsversicherungen im Rahmen von Kooperationen bzw. Partnerschaften (vgl. 3.5) mit privaten Krankenversicherern.

Für den Kunden ist das bei seiner Entscheidungsfindung ein kaum überschaubares Feld, besonders wenn man dann auch noch die zahlreichen Fusionen (s. Absatz 1.1) im GKV-Bereich bedenkt. Hier ist der qualifizierte Berater gefordert, der es versteht, dem Kunden Orientierung zu geben.

>> 1.8 Wahlтарife in der GKV

Durch die Gesundheitsreform gibt es bereits seit dem 01.04.2007 zwei verschiedene Formen von Wahlтарifen: Wahlтарife, die alle Krankenkassen anbieten *müssen*, und Wahlтарife, die Krankenkassen anbieten *können*. Man ist als Versicherter aber nicht gezwungen, sich für Wahlтарife zu entscheiden.

1.8.1 Pflichtangebote der Krankenkassen

Hausarzttarif

Viele Erkrankungen kann der Hausarzt abschließend behandeln. Wer sich verpflichtet, bei gesundheitlichen Beschwerden immer zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, sichert sich damit auch einen finanziellen Vorteil: Die Entscheidung für den Hausarzttarif ist mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen verbunden.

Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme

Für Patienten, die an diesen Programmen teilnehmen, müssen die Kassen einen speziellen Wahltarif bereithalten.

Wahltarif für integrierte Versorgung

Für einige Krankheiten gibt es mittlerweile integrierte Versorgungsangebote (z. B. nach Hüftoperationen). Hier werden Patienten vernetzt behandelt, Mehrfachuntersuchungen werden so vermieden, die Behandlung wird verbessert. In integrierte Versorgungsnetze können neben Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch nichtärztliche Leistungserbringer (zum Beispiel Physiotherapeuten) eingebunden werden.

Im Rahmen sogenannter strukturierter Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) soll für chronisch Kranke (z. B. bei Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD oder Brustkrebs) die medizinische Versorgung verbessert werden.

Krankengeldtarif

Bestimmte Versicherte wie Selbstständige oder unständig Beschäftigte können sich mit diesem Tarif einen Krankengeldanspruch sichern.

1.8.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen

Die Kassen können ihren Versicherten eine ganze Reihe freiwilliger Wahltarife anbieten, um sich vom Wettbewerber abzuheben. Hier eine Auflistung der häufigsten Angebote:

Selbstbehalttarif

Auch gesetzlich Versicherte können sich für eine „Selbstbeteiligung“ entscheiden, wenn die Krankenkasse einen derartigen Tarif anbietet. Damit verpflichtet sich der Versicherte, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen. Dafür erhält er von seiner Kasse eine Prämie (Rückerstattung). Sie beträgt max. 20 % des Jahresbeitrags, begrenzt auf 600,00 Euro.

26 >> Orientierung für GKV-Versicherte

Kostenerstattungstarif

Entscheiden sich Versicherte für eine Kostenerstattung, erhalten sie medizinische Leistungen wie eine Privatpatientin oder ein Privatpatient gegen Rechnung und reichen diese 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. Hierfür zahlen die Versicherten an die Krankenkasse eine zusätzliche Prämie.

Wahltarife für besondere Therapierichtungen

Bislang haben die Krankenkassen gar nicht oder sehr begrenzt die Kosten für alternative Therapien, zum Beispiel für homöopathische Arzneien, übernommen. Wer solche Leistungen in Anspruch nehmen möchte, kann dafür einen besonderen Tarif wählen, falls ihn seine Krankenkasse anbietet.

Wahltarif für besondere ambulante Versorgungsformen

Einige Kassen bieten ihren Versicherten eigene Programme an, zum Beispiel Verhaltenstraining für Jugendliche mit Asthma oder Programme zur Herzinfarktprävention. Versicherte, die sich daran beteiligen, haben Anspruch auf einen speziellen Wahltarif. Das gilt auch für besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen, bei denen Krankenkassen und Ärzte spezielle Angebote für ein bestimmtes Krankheitsbild oder für die medizinische Versorgung einer Region be-reithalten.

Prämienzahlung bei Leistungseinschränkung

Die Krankenkassen können in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der gesetzlichen Leistungen beschränken, entsprechende Prämienzahlungen vornehmen.

1.8.3 Bindungsfristen

Entscheidet sich das Mitglied für einen Wahltarif seiner GKV, kann es von dem Krankenkassenwahlrecht erst nach einer Bindefrist Gebrauch machen (siehe auch Punkt 1.8.4).

Bei folgenden GKV-Wahlтарifen nach § 53 SGB V wurden zum 01.01.2011 die Bindungsfristen von 3 Jahren auf 1 Jahr reduziert:

- Prämienzahlung (Prämienrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen)
- Kostenerstattung
- Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Das Sonderkündigungsrecht bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt auch für Wahlтарife (Ausnahme Wahlтарif „Krankengeld“).

1.8.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen

Name des Wahltarifs	Art des Wahltarifs	gesetzliche Grundlage	gesetzliche Bindefrist
Kostenerstattung anstelle Sach- oder Dienstleistung	Kann	§ 13 Absatz 2 SGB V	3 Monate
Selbstbehalttarif	Kann	§ 53 Absatz 1 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	Kann	§ 53 Absatz 2 SGB V	1 Jahr
Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Modellvorhaben - Hausarztzentrierte Versorgung - Besondere ambulante ärztliche Versorgung - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten - Integrierte Versorgung	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V - § 63 SGB V - § 73b SGB V - § 73c SGB V - § 137f SGB V - § 140a SGB V	keine
Kostenerstattungstarif	Kann	§ 53 Absatz 4 SGB V	1 Jahr
Tarif für die Übernahme der Kosten von Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen	Kann	§ 53 Absatz 5 SGB V	1 Jahr
Krankengeld für freiwillig versicherte Selbstständige, Künstler, Publizisten	Pflicht	§ 53 Absatz 6 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung für Personen mit Teilkosten-erstattung	Kann	§ 53 Absatz 7 SGB V	keine

1.8.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?

Für die Versicherten in der GKV sind Wahltarife aus verschiedenen Gründen grundsätzlich nicht empfehlenswert:

- Eine Abschaffung oder Änderung der Wahltarife durch den Gesetzgeber oder die einzelne Krankenkasse ist jederzeit möglich. Dann stellt sich die Frage: Was passiert mit den Versicherten? Im Gegensatz dazu bietet die PKV eine lebenslange Leistungsgarantie.
- Jeder Wahltarif muss sich selbst tragen und finanzieren. Quersubventionierungen aus dem Haushalt der Krankenkasse oder aus anderen Wahltarifen sind nicht zulässig. Dies wird von der Aufsichtsbehörde geprüft. Damit ist fraglich, ob eine Beitragsstabilität gegeben ist, zumal eine Risikoprüfung durch die GKV nicht erfolgt.
- Durch eine mögliche Mindestbindefrist bei bestimmten Wahltarifen entsteht eine erhebliche Abhängigkeit des Versicherten, die seine Wahlfreiheit, z. B. für einen Wechsel in eine andere Kasse oder in die PKV, massiv einschränkt.

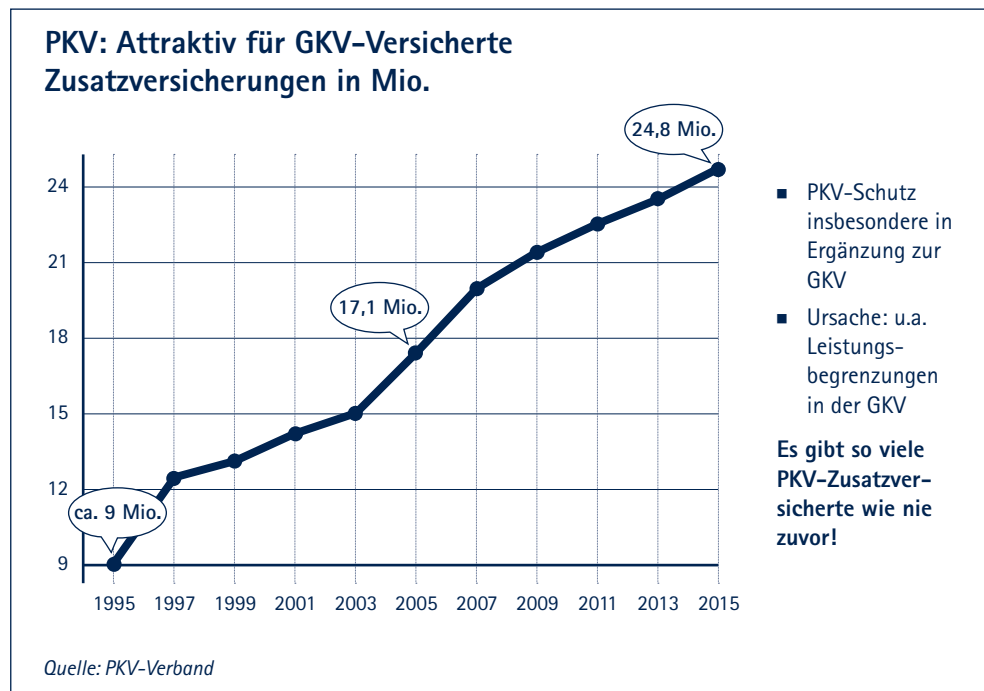
Für Versicherte der GKV, die ihre Leistungen verbessern wollen, ist es sinnvoller, eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Denn bei den Angeboten anderer Kassen ist unklar, ob es die angebotenen Leistungen auch langfristig geben wird. Endet das Angebot, stehen die Kunden ohne Absicherung da und laufen Gefahr, bei einem privaten Krankenversicherer den benötigten Zusatzschutz nicht mehr zu bekommen, weil sie dann an der Risikoprüfung scheitern.

Viele Krankenkassen bieten ihren Kunden im Rahmen von Kooperationen mit PKV-Unternehmen spezielle Zusatz- und Ergänzungstarife an (siehe auch Punkt 3.5).

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 29

2. Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Die Ansprüche der Bevölkerung haben zugenommen, auch ihre Mündigkeit und Eigenverantwortung sind gewachsen. Die Gesundheitswirtschaft wird zur Wachstumsbranche. Die Bereitschaft zum Abschluss einer privaten Zusatzversicherung ist gestiegen.



Abschlussabsicht bei privaten Zusatzversicherungen

Ob GKV-Versicherte eine private Zusatzversicherung abschließen wollen, ist stark altersabhängig. In der relevanten Zielgruppe der 25- bis 39-Jährigen sagt mehr als die Hälfte der Befragten, dass sie ihren Schutz durch den Abschluss einer privaten Krankenzusatzversicherung ergänzen oder einen schon bestehenden Zusatzschutz ausbauen wollen. Darüber hinaus sind GKV-Versicherte mit einem höheren Bildungsniveau weitaus interessierter an Zusatzversicherungen als Versicherte mit niedrigerem Bildungsniveau.

53 % der 25- bis 39-jährigen GKV-Versicherten haben die Absicht, eine private Zusatzversicherung abzuschließen, um ihren bereits bestehenden Schutz zu ergänzen oder einen schon bestehenden Zusatzschutz auszubauen. Somit ist in der relevanten Zielgruppe jeder Zweite interessiert. 10 % der Befragten in dieser Altersgruppe geben sogar an, dass sie bestimmt eine Zusatzversicherung abschließen werden. Naturgemäß nimmt das Interesse im Alter ab. So sind es bei den über 60-Jährigen nur noch 13 %. Darüber hinaus fällt bei näherer Betrachtung der Soziodemografie Folgendes auf:

- Eine große Rolle spielt die Berufstätigkeit der Befragten. 40 % der Berufstätigen beabsichtigen, eine Zusatzversicherung abzuschließen, aber nur 19 % der Nicht-Berufstätigen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei vielen Nicht-Berufstätigen um Rentner handelt, die bereits 60 Jahre oder älter sind und damit auch nicht mehr zur relevanten Zielgruppe gehören.

- *Die Größe des Haushaltes, in dem die Befragten leben, ist ebenfalls relevant: 1- oder 2-Personen-Haushalte 24 %, 3-oder-mehr-Personen-Haushalte 43 %. Auch dies lässt sich dadurch erklären, dass es sich bei den Befragten aus 1- und 2-Personen-Haushalten zum großen Teil um ältere Menschen ab 60 Jahren handelt. Die Mehr-Personen-Haushalte setzen sich dagegen überwiegend aus den mittleren Altersgruppen zusammen.*
- *45 % der Befragten, die schon eine Zusatzversicherung haben, wollen ihren Schutz sogar noch weiter ausbauen.*

Die Lücken im gesetzlichen Krankenversicherungsschutz sind im Laufe der letzten Jahre immer umfangreicher geworden. Differenziert werden muss jedoch nach Risiken, die aufgrund ihrer finanziellen Tragweite eine Absicherung für den Kunden unverzichtbar machen und nach Risiken, bei denen eine Absicherung sinnvoll, aber nicht zwingend ist.

Quelle: Auszug Continentale Studie. Die vollständigen Continentale Studien finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

>> 2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen

2.1.1 Auslandsreiseschutz

Eine unverzichtbare Ergänzung zum GKV-Schutz ist die Auslandsreisekrankenversicherung. Die Krankenkassen ersetzen nur noch bei Reisen in Länder, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht, die entstandenen Krankheitskosten.

Trotz Sozialversicherungsabkommen kann es zu hohen Zuzahlungen kommen, da der Versicherungsschutz nur im Rahmen der im Gastland geltenden Bestimmungen gewährt wird. Das Abkommen wird auch in manchen Ländern von Ärzten und Krankenhäusern ignoriert – mit der Konsequenz, dass im Auslandsurlaub hohe finanzielle Belastungen entstehen können. Rücktransport- und Rückführungskosten in die Bundesrepublik Deutschland sind bei der GKV generell ausgeschlossen.

Aus diesen Einschränkungen erwachsen finanzielle Risiken, wenn z. B. ein USA-Tourist mit einer Krankenhausrechnung im 6-stelligen Bereich konfrontiert wird oder ein Mallorca-Urlauber für den Krankenrückflug mehrere tausend Euro zahlen muss.

Diese Lücke kann durch den Abschluss einer privaten Auslandsreisekrankenversicherung geschlossen werden.

2.1.2 Zahnersatz

Zum 01.01.2005 wurde die vertragszahnärztliche Versorgung auf ein Festzuschuss-System umgestellt. Das bedeutet, dass für jeden zahnprothetischen Befund eine Regelversorgung (z. B. Brücke) vorgesehen ist. Die Regelversorgung ist eine einfache Zahnersatzausführung mit preiswerten Material- und Laborkosten. Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt für die Regelversorgung einen festgesetzten Betrag (Festzuschuss). Der Festzuschuss beträgt 50 % der Kosten der Regelversorgung. Er erhöht sich durch regelmäßige Zahnvorsorgeuntersuchungen um 20 %, wenn in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden bzw. um weitere 10 %, wenn in den letzten 10 Kalenderjahren vor

32 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

der Behandlung jährlich Zahnvorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt damit bis zu 65 % der Regelversorgung. So verbleibt für die Versicherten schon bei einer einfachen Versorgung eine Eigenbeteiligung von mindestens 35 %.

In den meisten Fällen wird der Zahnarzt aber eine höherwertige Versorgungsform anbieten, an deren Kosten sich die gesetzliche Krankenkasse nicht mehr beteiligt. Dies hat dann eine entsprechend höhere Eigenbeteiligung für die Versicherten zur Folge.

Bei einer höherwertigen Versorgungsform spricht man von einer gleichartigen oder von einer andersartigen Versorgung.

Gleichartige Versorgung

Eine gleichartige Versorgung liegt vor, wenn zum einen die Regelversorgung und zum anderen zusätzliche bessere Leistungen (z. B. Verblendungen im nicht sichtbaren Bereich) in Anspruch genommen werden. In diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen die Regelversorgung nach den üblichen Kassensätzen (zahnärztlicher Bewertungsmaßstab – BEMA) und die zusätzlichen privaten Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Zum 01.01.2012 wurde die GOZ novelliert. In Folge dessen wird davon ausgegangen, dass die Kosten für die privatärztlichen Leistungen steigen. Die Notwendigkeit einer privaten Zahnzusatzversicherung ist damit noch größer geworden.

Andersartige Versorgung

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn die Entscheidung nicht auf die Regelversorgung (z. B. normale Brücke), sondern auf eine komplett andere Versorgungsform (z. B. Implantat) fällt. Auch in diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen ihre Leistungen aber nicht mehr nach der GKV-Gebührenordnung BEMA, sondern vollständig nach der privaten GOZ. Hierbei können die Zahnärzte den kompletten Rahmen der GOZ ausschöpfen, mit entsprechender Begründung also den bis zu 3,5-fachen Satz berechnen.

Neben den Eigenbeteiligungen im Bereich des Zahnersatzes entstehen aber auch Lücken in der Zahnbehandlung – speziell bei Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen und Kunststoff-Füllungen – sowie bei der Zahnpflege (professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädie.

In der Presse wird oft argumentiert, dass diese Kosten vom Verbraucher durch ein rechtzeitiges Ansparen auch ohne Versicherung zu verkraften seien. Das „Zwecksparen“ mit einer Zahnergänzungsversicherung ist jedoch der bessere und sicherere Weg, sich zielgerichtet vor hohen Kostenbelastungen zu schützen.

Bei den Zahnergänzungsversicherungen kann zwischen preisgünstigen Ergänzungen der Regelversorgung bis hin zu höherwertigen Rundum-Absicherungen gewählt werden.

2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus

Im Krankenhaus selbst besteht nur ein Anspruch auf Regelleistungen im Mehr-Bett-Zimmer. Der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers spricht für eine Zusatzversicherung.

Bedeutender für den Patienten erscheint jedoch – gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen – den Arzt des Vertrauens wählen zu können und im Krankenhaus bestmöglich versorgt zu werden. Durch die freie Arztwahl (z. B. Chefarzt) wird die beste ärztliche Betreuung durch Spezialisten, Privatärzte, Chefärzte oder Professoren gesichert. Mit einem stationären Ergänzungstarif kann der Komfort eines Ein- oder Zwei-Bett-Zimmers mit der freien Arztwahl kombiniert werden.

Auch das Thema der ambulanten Operationen hat sich in den letzten Jahren weiter entwickelt. Operationen, die noch vor wenigen Jahren mit einem längeren Krankenhausaufenthalt verbunden waren, können mittlerweile ambulant in der Praxis oder in einer Klinik durchgeführt werden. Und das auf höchstem medizinischem Niveau, ohne Verzicht auf Sicherheit.

Immer mehr Patienten in Deutschland entscheiden sich deshalb für eine ambulante Operation und erholen sich lieber in den eigenen vier Wänden.

Zusätzlich haben Patienten ab dem 18. Lebensjahr in den ersten 28 Tagen im Krankenhaus eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 Euro pro Tag bis max. 280,00 Euro selbst zu tragen. Alleinerziehende mit Kindern unter 12 Jahren erhalten von der GKV in der Regel für die Zeit des Aufenthalts im Krankenhaus eine Haushaltshilfe.

Im Einzelfall ist abzuwägen, ob Mehrkosten, die durch den Krankenhausaufenthalt entstehen, wie z. B. Fahrtkosten der Angehörigen oder der Ausfall von Einkommensbestandteilen, z. B. Schichtzulage, durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung abgedeckt werden sollen.

Eine Krankenhaustagegeldversicherung kann – unabhängig vom Ausgleich für Zuzahlungen – auch als eine Möglichkeit betrachtet werden, sich gewisse Annehmlichkeiten (z. B. Zeitschriften, Fernseher, Telefon am Bett, ...) im stationären Krankheitsfall zusätzlich zu gönnen.

2.1.4 Freie Krankenhauswahl

Bei einem Krankenhausaufenthalt ergibt sich für den Kassenpatienten folgende Einschränkung: Es erfolgt die Einweisung in das nächste erreichbare sowie geeignete Krankenhaus und nicht in das vom Patienten gewünschte.

Bei der Wahl einer Zusatzversicherung sollte darauf geachtet werden, dass auch die Mehrkosten übernommen werden, wenn der Versicherte sich für ein anderes als das vom einweisenden Arzt genannte Krankenhaus entscheidet. Diese Fälle sind in der Praxis jedoch eher die Ausnahme, da der Patient das Krankenhaus auch aus persönlichen oder religiösen Gründen ablehnen kann.

34 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Nach dem Haushaltsbegleitgesetz (HBG) von 1984 und dem Beitragsentlastungsgesetz von 1997 müssen gesetzlich versicherte Arbeitnehmer nach Ablauf der Lohnfortzahlung, die in der Regel sechs Wochen beträgt, mit einem Einkommensverlust von mehr als 20 % rechnen.

Der Einkommensverlust ergibt sich daraus, dass ein Krankengeld in Höhe von 70 % vom Bruttoeinkommen (max. aus 4.237,50 Euro im Jahr 2016), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens gezahlt wird. Im Jahr 2016 beträgt das kalendertägliche Höchstkrankengeld 98,88 Euro (monatlich 2.966,25 Euro). Davon werden zurzeit 12,025 % Arbeitnehmeranteil für Arbeitnehmer mit Kindern und 12,275 % für Kinderlose zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abgezogen. Für ein und dieselbe Krankheit leistet die gesetzliche Krankenversicherung längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren eine Unterstützung.

Da die eigenen Kosten wie Miete und Lebenshaltungskosten ungeachtet der Krankheit in voller Höhe weiterlaufen, empfiehlt sich der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung, die im Anschluss an die Lohnfortzahlung die Einkommenslücke ausgleicht.

Das folgende Beispiel zeigt, dass dem Einzelnen bei einem Bruttoeinkommen von 3.600,00 Euro eine monatliche Lücke von 474,75 Euro beim Bezug von Krankengeld verbleibt.

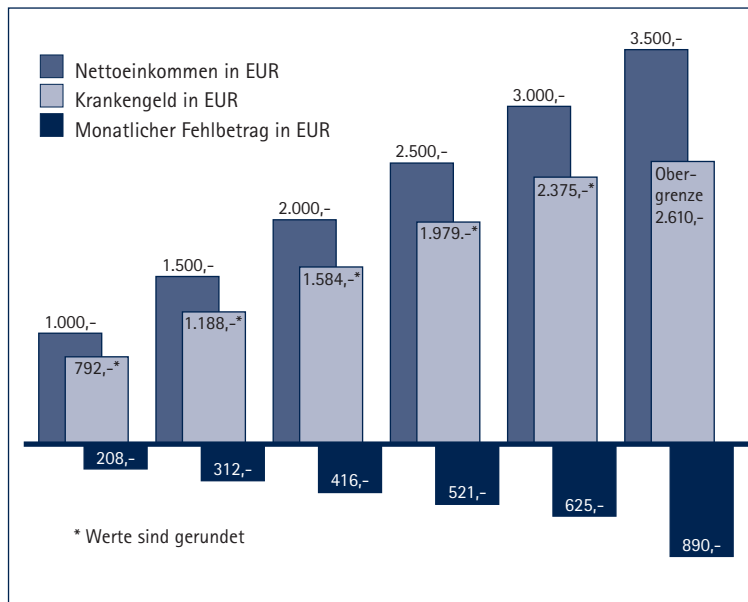
Bruttoeinkommen	3.600,00 Euro
Nettoeinkommen	2.280,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG 4.237,50 Euro	2.052,00 Euro
davon 12,025 % HBG	246,75 Euro
verbleibendes Krankengeld	1.805,25 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	474,75 Euro

Für Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entsteht eine zusätzliche Lücke: Bei einem Bruttoeinkommen von 5.800,00 Euro ergibt sich eine monatliche Lücke von 709,72 Euro.

Bruttoeinkommen	5.800,00 Euro
Nettoeinkommen	3.250,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG 4.237,50 Euro	2.925,00 Euro
davon 12,025 % HBG	351,73 Euro
verbleibendes Krankengeld	2.573,27 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	676,73 Euro

Das Beispiel macht deutlich, dass ein Krankentagegeld unabdingbar erforderlich ist. Es sei denn, der Einzelne kann im Ernstfall auf mehr als 20 % (bei einem Pflichtversicherten) seines Nettoeinkommens verzichten, auch wenn für ihn die Miete oder die Belastung für das Haus oder das Auto weiterlaufen. Fehlt das Krankentagegeld oder ist es zu niedrig, kann eine längere Krankheit oder eine länger andauernde Unfallfolge die finanzielle Existenz gefährden.

Höheres Einkommen = höhere Einkommenslücke



Für Selbstständige stellt die Einkommenssicherung eine noch größere Problematik dar. Da es hier keine Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch einen Arbeitgeber gibt, spielen für diese Personengruppe der Leistungsbeginn und die Leistungsdauer eine besondere Rolle.

Selbstständige und Freiberufler haben ab dem ersten Tag einen Verdienstausschlag entweder in Form entgehender Gewinne, ausfallenden kalkulatorischen Unternehmerlohns oder zusätzlicher Kosten für die Beschäftigung einer Vertretung (Beispiel: Ein erkrankter, niedergelassener Arzt lässt sich durch einen anderen Arzt vertreten). Hier muss der Betreffende selbst entscheiden, wie viele Tage Erkrankung er finanziell verkraften kann, ohne einen Ersatz des Verdienstausschlags versichern zu müssen.

Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich bei Selbstständigen und Freiberuflern nach dem Einkommen, das durch die üblichen Regeln der Einnahme- / Überschussrechnung oder der Bilanzierung festgestellt wird, abzüglich der zu zahlenden Steuern. Da das Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit und damit auch das höchstens zulässige Tagegeld oft schwanken, ist die Höhe des Tagegeldes jährlich zu überprüfen und ggf. eine Anpassung beim PKV-Unternehmen zu beantragen. In der Existenzgründungsphase unterliegt die Berechnung des Krankentagegeldes besonderen Regelungen, da üblicherweise keine oder nur geringe Gewinne aus einem Gewerbebetrieb anfallen. Hier gilt es, die Angebote des Marktes sorgfältig zu prüfen, um den Existenzgründer angemessen absichern zu können.

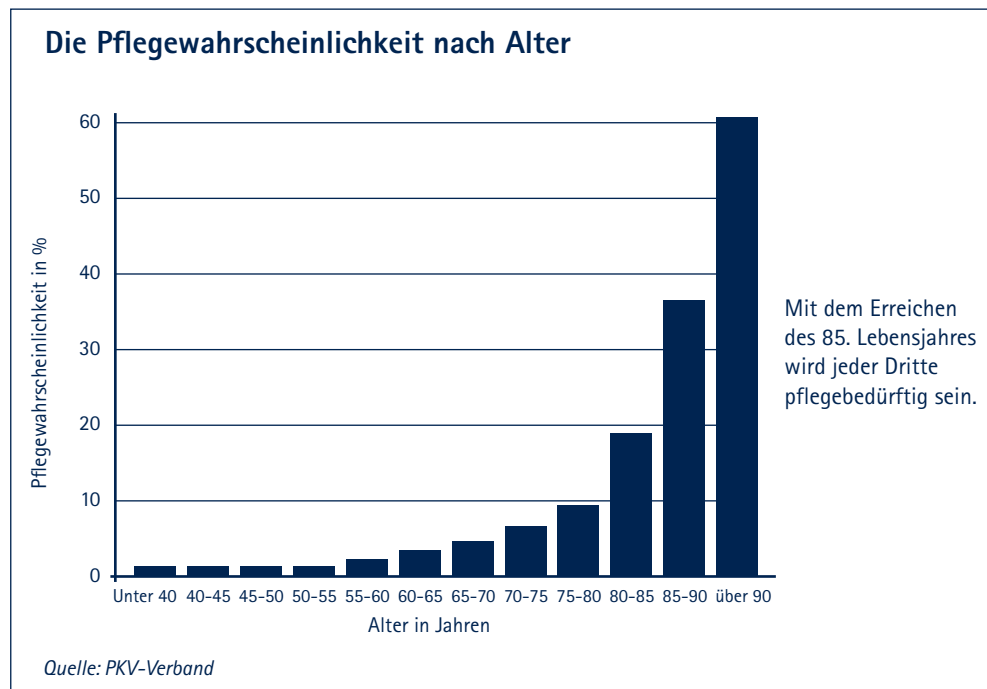
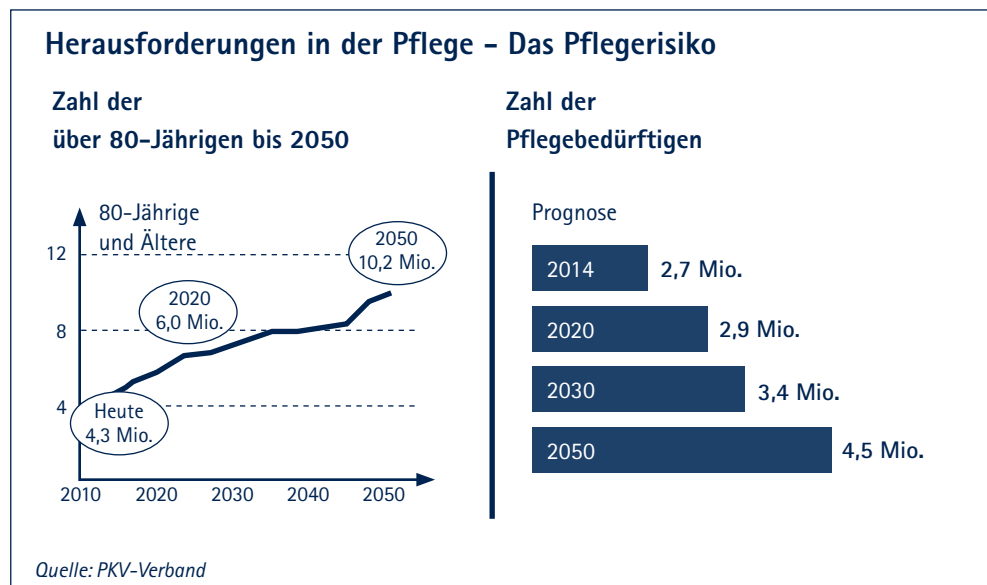
Ein wichtiger Aspekt für Selbstständige und Freiberufler ist die Absicherung der Betriebskosten. Betriebskosten sind Aufwendungen, die unmittelbar durch den Betrieb oder die Ausübung des handwerklichen Berufs bedingt sind. Es muss sich um fortlaufende Verpflichtungen handeln, die auch dann anfallen, wenn aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person die Erwerbstätigkeit nicht ausgeübt werden kann. Dazu zählen Miete, Heizung, Strom, Wasser, Reinigung, laufende Kosten für Kraftfahrzeuge, Telefonanlagen, Maschinen, Kosten für Personal, betriebliche Versicherungen, Beiträge für Innungen sowie Abschreibungen auf langlebige

36 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Wirtschaftsgüter. Die Absicherung der Betriebskosten über eine Krankentagegeldversicherung wird von einigen Krankenversicherungsgesellschaften angeboten.

2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall

Ein an die Krankenversicherung angrenzendes Thema stellt die Pflegeversicherung dar. Das Durchschnittsalter und die Lebenserwartung steigen, es gibt immer mehr ältere und immer weniger junge Menschen. Damit nimmt auch die Zahl der Pflegebedürftigen zu.



Seit dem 01.04.1995 erbringen die Pflegekassen Leistungen für ambulante Pflege, seit dem 01.07.1996 auch für stationäre Pflege.

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 37

Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied oder familienversichert in der gesetzlichen Pflegeversicherung war.

Vollstationäre Pflege erbringt die Pflegeversicherung, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich sind oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommen. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, also für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige selbst. Die Leistungen der Pflegeversicherung betragen bis zum 01.01.2016 von monatlich 1.064,00 EUR in Pflegestufe I bis zu 1.612,00 EUR in Pflegestufe III. Die Kosten für einen Aufenthalt im Pflegeheim liegen durchschnittlich bei ca. 3.000,00 – 3.500,00 Euro. Trotz Pflegeversicherung verbleibt also ein erheblicher Kostenanteil, der die eigenen Mittel der Betroffenen in den meisten Fällen wohl deutlich übersteigt. Die soziale Pflegepflichtversicherung gewährleistet also nur eine Grundabsicherung.

Bei der ambulanten Pflege können Pflegebedürftige zwischen Sachleistungen und Pflegegeld wählen.

Mit Wirksamwerden des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) zum 1. Januar 2015 wurde insbesondere die ambulante Pflege gestärkt sowie die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege und neue ambulante Wohnformen ausgeweitet und flexibilisiert. Die Leistungen für Versicherte betragen bis zum 31.12.2016:

Gesetzliche Pflegeleistungen		Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
ambulant	- Pflegegeld: Pflege durch Angehörige erhöht z. B. bei Demenz	0,00 EUR 123,00 EUR	244,00 EUR 316,00 EUR	458,00 EUR 545,00 EUR	728,00 EUR
	- Pflegesachleistung: Pflege durch Pflegedienst erhöht z. B. bei Demenz Leistung bei Härtefällen	0,00 EUR 231,00 EUR	468,00 EUR) 689,00 EUR	1.144,00 EUR 1.298,00 EUR	1.612,00 EUR 1.995,00 EUR
stationär	Leistungen				
	vollstationäre Pflege im Pflegeheim Leistung bei Härtefällen		1.064,00 EUR	1.330,00 EUR	1.612,00 EUR 1.995,00 EUR
	Unterkunft/Verpflegung		kein Ersatz	kein Ersatz	kein Ersatz

Zusätzliche Betreuungsleistung bei Einschränkung der Alltagskompetenz z. B. bei Demenz: je nach Umfang der Einschränkung 104,00/208,00 Euro

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) werden ab 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Damit erhalten erstmals alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Einschränkungen leiden oder an einer

38 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Demenz erkrankt sind. Damit einher geht ein neues Begutachtungsverfahren, das den Grad der Selbstständigkeit ermittelt und auf dieser Grundlage fünf Pflegegrade bestimmt. Die bisherigen Pflegestufen werden entsprechend der nachfolgenden Tabelle in Pflegegrade überführt. Wer bereits pflegebedürftig ist, erhält Vertrauensschutz.

Pflegestufen	Pflegegrade
./.	1
0 + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	2
I	2
I + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III Härtefall	5
III Härtefall + Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Mit dem Entwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes hat die Bundesregierung den Abschluss der Pflegereform eingeleitet. Das PSG III soll die Pflegeberatung in den Kommunen stärken. Pflegebedürftige und ihre Angehörige erhalten dadurch künftig eine Beratung aus einer Hand. Außerdem werden die Kontrollen verschärft, um Pflegebedürftige, ihre Familien und die Pflegekräfte besser vor betrügerischen Pflegediensten zu schützen.

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant (z. B. Pflegegeld bei Pflege durch Angehörige)		316	545	728	901
Sachleistung ambulant (Pflege durch Pflegedienst)		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag stationär	125	770	1262	1775	2005

Da die Pflegepflichtversicherung nur eine pflegerische Grundversorgung darstellt, ist es notwendig, zusätzlich für den Pflegefall privat vorzusorgen.

Um die Versorgungslücken zu schließen, bestehen folgende Möglichkeiten:

Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Seit dem 01.01.2013 kann die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung – kurz „Pflege-Bahr“ – von den privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden. Zugang zum Vertrag können grundsätzlich Personen ab dem 18. Lebensjahr (bei den Unternehmen, die den „Pflege-Bahr“ anbieten), unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand, verlangen, die in der privaten (PPV) oder sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und keine Leistungen aus der SPV oder PPV beziehen. Durch den Abschluss des Vertrages erhält die versicherte Person einen Pflegevorsorgezulage vom Staat.

Pflegerentenversicherung

Pflegerentenversicherungen werden von Lebensversicherern angeboten. Neben der monatlichen Beitragszahlung wird auch die Einmalzahlung angeboten. Die Pflegerente wird unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten gezahlt.

Pflegekostenversicherung

Eine Variante der privaten Pflegezusatzversicherung ist die Pflegekostenversicherung. Sie wird von einigen privaten Krankenversicherungsgesellschaften angeboten. In Abhängigkeit von den tatsächlich entstandenen Pflegekosten, die per Rechnungen nachgewiesen werden müssen, wird ein vertraglich definierter Anteil erstattet. Idealerweise übernimmt die Pflegekostenversicherung alle verbleibenden Kosten. Bei einigen Versicherern ist die Summe bis zu einer jährlichen Höchstgrenze beschränkt. Darüber hinaus sollten folgende Leistungen und Bedingungen gegeben sein:

- Einschluss aller Pflegestufen/-grade,
- kein Unterschied der Leistungen bei Pflege durch Angehörige/Freunde oder durch professionelle Pflegedienste,
- Anpassung der Leistungen bei Pflegekostensteigerungen analog der Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung,
- Übernahme der festgestellten Pflegestufe/-grade der gesetzlichen Pflichtversicherung,
- Leistungen bei Demenz,
- lebenslanger Versicherungsschutz,
- Erstattung von Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei (teil-)stationärer Pflege,
- Verzicht auf tarifliche Wartezeiten,
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers.

Pflegetagegeldversicherung

Eine weitere Variante der privaten Pflegezusatzversicherung ist die Pflegetagegeldversicherung. Sie wird von vielen privaten Krankenversicherungsgesellschaften angeboten. Zusätzlich zur Pflegepflichtversicherung wird im Pflegefall ein vorher vertraglich vereinbartes, tägliches Pflegegeld gezahlt. Die Höhe des Pflegetagegeldes richtet sich ggf. nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Der volle Tagessatz wird häufig erst ab Pflegestufe III ausgezahlt. Ebenso kann eine Abstufung im Vergleich zur stationären Pflege erfolgen, wenn die Pflege im häuslichen Umfeld erfolgt. Das Pflegetagegeld ist nicht zweckgebunden und kann frei verwendet werden. Folgende Leistungen und Bedingungen sollten bei Pflegetagegeldversicherungen gegeben sein:

- bedarfsgerechte und flexible Absicherung aller Pflegestufen/-grade sowohl bei ambulanter als auch stationärer Pflege,
- kein Unterschied der Leistungen bei Pflege durch Angehörige/Freunde oder durch professionelle Pflegedienste,

40 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

- tarifliche Dynamik der Leistungen zur Anpassung des Pfl egetagegeldes an die Pflegekostensteigerungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, auch im Leistungsfall,
- Übernahme der festgestellten Pflegestufe/-grade der Pflegepflichtversicherung,
- Leistungen bei Demenz,
- integriertes Optionsrecht im Rahmen von Einstiegsangeboten zum späteren Wechsel in ein höherwertiges Pfl egetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung,
- lebenslanger Versicherungsschutz,
- Verzicht auf tarifliche Wartezeiten,
- Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers.

>> 2.2 Sinnvolle Ergänzungsversicherungen

Die folgenden Leistungsbereiche können ebenfalls zu erheblichen finanziellen Belastungen oder Problemen bei der Versorgung im Krankheitsfall führen. Im Gegensatz zu den vorher genannten Leistungseinschränkungen handelt es sich jedoch nicht um existenzbedrohende Risiken.

Eine Absicherung ist sinnvoll, da sie zum einen die Gewähr gibt, dass man nicht gerade zur falschen Zeit mit zusätzlichen Ausgaben belastet wird. Zum anderen bietet sie auch die Sicherheit, sich das leisten zu können, was man für seine eigene Gesundheit als sinnvoll ansieht, etwa die Möglichkeit, Vorsorgeleistungen unabhängig von gesetzlich eingeführten Programmen oder Heilpraktiker in Anspruch nehmen zu können.

2.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

Auch wenn es im Widerspruch zum immer wieder propagierten Vorsorgegedanken steht: Zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen werden von den Krankenkassen nicht mehr übernommen. So werden z. B. Mammografien, PSA-Screenings und Augeninnendruckuntersuchungen nur noch bezahlt, wenn ein konkreter Verdacht vorliegt.

Wer ohne diesen Verdacht für sich Gewissheit haben will, muss selbst zahlen. Da in weiten Teilen der Bevölkerung eine rechtzeitige Vorsorge als sinnvoll angesehen wird, haben die privaten Krankenversicherer mit einem breiten Angebot entsprechender Ergänzungsversicherungen reagiert. Da die Angebote sehr unterschiedlich sind, sollte eine detaillierte Beratung erfolgen, um festzustellen, welche Leistungen auf diesem Gebiet, insbesondere aus medizinischer Sicht, tatsächlich sinnvoll sind.

2.2.2 Naturheilverfahren/Heilpraktiker

Obwohl mittlerweile sieben von zehn Bundesbürgern andere als schulmedizinische Heilverfahren nutzen, übernehmen die Krankenkassen diese Kosten in der Regel nicht. Daher ist für GKV-Versicherte, die sich für alternative Heilmethoden interessieren, ein privater Ergänzungsbaustein die einzige Möglichkeit, sich diese begehrten Leistungen zu sichern.

„Alternativmedizin“ ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Zur Alternativmedizin gerechnet werden z. B. Naturheilverfahren, Neuraltherapie, ausleitende Verfahren, Homöopathie und Akupunktur. Obwohl die alternativen Heilverfahren als „Erfahrungsheilkunde“ oft im Gegensatz zur naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin gesehen werden, sind die Grenzen zwischen beiden Ausrichtungen fließend. So sind beispielsweise die klassischen Naturheilverfahren wie etwa Wärme-, Wasser- und Bewegungstherapie längst in die Schulmedizin integriert.

Allen alternativen Heilverfahren ist gemeinsam, dass sie nicht den einzelnen kranken Körperbereich, sondern den ganzen Menschen betrachten und in die Therapie mit einbeziehen. Nicht die Behandlung von Symptomen wird angestrebt, sondern der Körper soll mit in der Natur vorkommenden Mitteln in seiner eigenen Heil- und Regulationsfähigkeit unterstützt werden.

Ursprünglich sind alternative Heilverfahren die Domäne der Heilpraktiker gewesen. Aber heute erweitern auch immer mehr Ärzte ihr schulmedizinisches Behandlungsspektrum um alternative Behandlungsmethoden. Diese Alternativverfahren sind nicht in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgebildet. So berechnen viele Ärzte ihre Leistungen nach dem Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. (Hufelandverzeichnis), das ihnen eine Orientierungshilfe für die Berechnung alternativer Verfahren bietet. Für die Heilpraktiker ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) als Abrechnungsgrundlage vorhanden.

Beide „Gebührenverzeichnisse“ sind keine amtlichen Gebührenordnungen. Lediglich die Beihilfevorschriften für Beamte verweisen auf das GebüH als Maßstab für die Beihilfefähigkeit bei Behandlungen durch Heilpraktiker. Eine Vielzahl alternativer Heilverfahren wird vom GebüH nicht erfasst. Dagegen sind im GebüH aber auch Leistungen aufgeführt, die im Hufelandverzeichnis nicht enthalten sind.

Das Angebot für diesen Ergänzungsbaustein ist groß. Es ist sinnvoll, dass auch neuartige alternative Verfahren, die sich als erfolgversprechend bewähren, mitversichert sind, unabhängig davon, ob sie durch Ärzte oder Heilpraktiker durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die verordneten Medikamente erstattet und auf Summenbegrenzungen verzichtet werden.

2.2.3 Zuzahlungen

Das Thema Zuzahlungen ist vielfältig. Bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten, Krankentransporten oder medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter sind Zuzahlungen zu leisten (siehe Übersicht Seite 18). Wichtig bei der Wahl einer Ergänzungsversicherung für diesen Bereich ist die tarifliche Aussage, dass bei den Zuzahlungen Bezug auf das Gesetz genommen wird und keine konkreten Beträge genannt werden. Somit sind Erhöhungen der gesetzlichen Zuzahlungen durch die Dynamik mitversichert.

42 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

2.2.4 Brillen/Kontaktlinsen

Wer auf Sehhilfen angewiesen ist, interessiert sich aus eigener Erfahrung in hohem Maße für eine gute Absicherung.

Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten mehr für Brillen und Kontaktlinsen. Ausnahme sind Kinder unter 18 Jahren und Menschen mit einer extrem starken Sehbeeinträchtigung. Kosten von mehreren 100,00 Euro sind oft die Folge. Diese können mithilfe einer entsprechenden Ergänzungsversicherung zumindest teilweise aufgefangen werden.

>> 2.3 Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung

Auch bei Ergänzungsversicherungen gibt es Tarife mit Rückerstattungsmodellen.

Der Kunde kann dann für sich entscheiden, ob er die Rechnungen selbst bezahlt und damit die Inanspruchnahme der Rückerstattung sichert oder ob er den Versicherer in Anspruch nimmt, wenn eine bestimmte Belastungsgrenze überschritten wird.

Dabei kann man grundsätzlich zwischen zwei Arten von Rückerstattungen unterscheiden:

- **erfolgsabhängige Rückerstattung**
Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung stellt eine vom Geschäftsergebnis des Versicherers abhängige Art der Überschussverwendung dar.
- **erfolgsunabhängige Rückerstattung / Pauschalleistung**
Bei Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen hat der Versicherte einen direkten, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgeschriebenen Anspruch auf Beitragsrückerstattung, unabhängig vom jeweiligen Geschäftsergebnis des Unternehmens.

>> 2.4 Optionstarife

Bei der Beratung über private Ergänzungs- und Vollkostenversicherungen ist der Hinweis auf Optionstarife in den meisten Fällen für den Vermittler verpflichtend. Durch einen Optionstarif ist sichergestellt, dass Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung ausbauen können. Unter dem Gesichtspunkt der Beratungshaftung liegen Vermittler damit immer auf der sicheren Seite. Selbst wenn ein Optionstarif nicht abgeschlossen wird, sollte er auf jeden Fall Gegenstand der Beratung sein.

Das Prinzip bei einem Optionstarif ist einfach: Er wird zusammen mit einer Ergänzungs- oder Vollkostenversicherung abgeschlossen. Der Optionstarif garantiert den Versicherten die Möglichkeit, später ohne erneute Risikoprüfung in einen höherwertigen Versicherungsschutz wechseln zu können – im Extremfall von einer Ergänzungsversicherung mit geringem Leistungsumfang in einen Top-Tarif der Vollkostenversicherung.

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 43

Damit umgehen Versicherte eine grundsätzliche Schwierigkeit: Wenn sie jung sind, haben sie keine Probleme mit der Risikoprüfung, können sich den gewünschten Versicherungsschutz aber meist nicht leisten. Wenn sie älter sind, können sie sich den Versicherungsschutz zwar leisten, bekommen aber wegen eines schlechteren Gesundheitszustands eventuell Probleme mit der Risikoprüfung. Da der Optionstarif für junge Menschen nur wenige Euro pro Monat kostet und eine kleine Ergänzungsversicherung ebenfalls für einen sehr geringen Beitrag zu haben ist, ist der Abschluss eines Optionstarifs auch bei einem geringen Einkommen möglich.

Konkreten Bedarf gibt es in vielen Lebenssituationen. Einige Beispiele:

- Junge Menschen können ihren konkreten späteren Bedarf nicht vorhersehen, wollen sich aber maximale Flexibilität sichern.
- Berufseinsteiger können sich keinen umfassenden Schutz über Ergänzungsversicherungen leisten, wollen den Versicherungsschutz aber später ausbauen.
- Junge Arbeitnehmer unterliegen erst der Pflichtversicherung in der GKV, wollen aber später in die PKV wechseln.

In jedem Fall ist der Abschluss eines Optionstarifs ratsam; er sollte jedoch einige grundlegende Anforderungen erfüllen:

- Er sollte eine lange Laufzeit und ein hohes Endalter haben, um langfristig Flexibilität zu ermöglichen.
- Er sollte eine Kombination aus festen und variablen Optionszeitpunkten bieten, damit Versicherte ihren Schutz anpassen können, wenn sie es brauchen.
- Bei den Zieltarifen sollte es keine Begrenzungen geben, damit der Kunde wirklich eine komplette Auswahl hat.

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 45

46 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

3. Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

>> 3.1 Verbraucherwünsche

Nach der Continentale Studie aus dem Jahr 2009* ergeben sich bei GKV-Versicherten folgende Leistungspräferenzen bei privaten Zusatzversicherungen:

Das größte Interesse haben GKV-Versicherte an privaten Zusatzversicherungen, die mehr Leistungen bei Zahnersatz (85 %) oder bessere Versorgung im ambulanten Bereich (83 %) bieten. Die Angebote „bessere Unterbringung im Krankenhaus“ sowie „bessere Leistungen im Bereich Naturheilkunde“ sind für fast zwei Drittel der Befragten interessant. Das geringste Interesse besteht für Zusatzversicherungen, die bessere medizinische Versorgung im Krankenhaus vorsehen (54 %).



>> 3.2 Einsteigerprodukte oder Komfort-Absicherung

Eine wichtige Frage ist, was den GKV-Versicherten der private Ergänzungsschutz tatsächlich in Euro und Cent wert ist. In einer Studie der Continentale wurde zum einen nach der Ausgabebereitschaft für einzelne Leistungen, zum anderen nach der Zahlungsbereitschaft insgesamt gefragt.

Besonders interessant ist dabei, dass die Ausgabebereitschaft der Bevölkerung für Ergänzungsversicherungen beträchtlich ist – und bei gutem Informationsstand ist sie besonders hoch.

* Die vollständigen Continentale-Studien finden Sie unter www.pkv-ratgeber.de

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 47

Durchschnittlich 16,00 Euro pro Monat würden die GKV-Versicherten insgesamt für Zusatzversicherungen ausgeben. Nur 10 % sagen, eine Ergänzungsversicherung wäre ihnen nichts wert. Andererseits würden rund ein Drittel der gesetzlich Versicherten 20,00 Euro und mehr jeden Monat investieren.

Bei Befragten, die bereits zusatzversichert sind, ist die Ausgabebereitschaft besonders groß. Sie steigt im Durchschnitt auf mehr als 22,00 Euro; 56 % würden mehr als 20,00 Euro ausgeben. Auch Menschen, die mit dem Gesundheitswesen unter den Aspekten Leistungen und Preis unzufrieden sind oder Leistungseinschränkungen hinnehmen mussten, würden überdurchschnittlich viel ausgeben.

Gilt es, den Partner oder die Familie abzusichern, ist der Schutz durch Ergänzungsversicherungen natürlich teurer. Die GKV-Versicherten sind aber auch bereit, in diesem Fall mehr Geld zu investieren. Die durchschnittliche Ausgabebereitschaft steigt für Partner und Familie auf über 20,00 Euro; 46 % der Befragten würden mehr als 20,00 Euro ausgeben. 15 % wäre der zusätzliche Schutz sogar 50,00 Euro und mehr im Monat wert.



Dieser Bereitschaft der Bundesbürger, nicht unerhebliche Mittel für eine Ergänzungsversicherung aufzuwenden, hat der Markt in den letzten Jahren durch ein erweitertes Angebot Rechnung getragen: Der Trend geht eindeutig in Richtung von Komfort-Absicherungen im Preissegment um und über 20,00 Euro.

48 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

>> 3.3 Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung

Die Beiträge in der PKV werden grundsätzlich risikogerecht kalkuliert, d. h. die Höhe des zu zahlenden Beitrags richtet sich nach dem Eintrittsalter.

Die bisherige geschlechtsabhängige Kalkulation (Bisex) ist durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 für Neuverträge ab dem 21.12.2012 nicht mehr zulässig. Die Richter haben entschieden, dass eine Differenzierung nach Geschlecht für Versicherungsprämien und Versicherungsleistungen auch dann unzulässig ist, wenn sie auf genauen versicherungsmathematischen und statistischen Daten beruht. Die Kalkulationsgrundlagen sind daher, soweit sie eine Geschlechtsabhängigkeit vorsehen, für Neuverträge ab dem 21.12.2012 ungültig. Die PKV hat ihre Beitragskalkulation entsprechend den Vorgaben des EuGH-Urteils neu gestaltet.

Tarife nach Art der Lebens- und Schadenversicherung

In Deutschland werden Krankenversicherungen in der Regel nach Art der Lebensversicherung kalkuliert. Krankenversicherungen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind, nehmen an Marktbedeutung im Bereich der Ergänzungsversicherung zu.

In den traditionellen, nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Krankenversicherungen werden für die Versicherten Alterungsrückstellungen gebildet. Bei dieser Art der Kalkulation wirkt sich das Älterwerden der Versicherten nicht auf den Beitrag aus; der Beitrag ist unter dem Gesichtspunkt „Alter“ über die gesamte Vertragslaufzeit stabil und muss nicht im fortgeschrittenen Alter wegen der dann notwendigen höheren medizinischen Leistungen angehoben werden. Medizinischer Fortschritt, Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und eine steigende Lebenserwartung können allerdings zu altersunabhängigen Beitragserhöhungen führen.

Bei Krankenversicherungen, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind, gibt es dagegen keine Alterungsrückstellungen. Da sich das Alter direkt auf das Risiko und somit auf die Höhe der zu erwartenden Leistungen auswirkt, müssten bei Versicherungen mit diesem Kalkulationsmodell eigentlich jährlich allein wegen des Alterns der Versicherten die Beiträge steigen. In der Praxis ist dies allerdings selten der Fall, denn in der Regel haben nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Angebote Beitragsstufen. Dies bedeutet, dass ein durchschnittlicher Risikobeitrag für jüngere und ein durchschnittlicher Risikobeitrag für ältere Versicherte erhoben wird. Für ältere Versicherte erhöht sich der Beitrag dabei in der Regel deutlich. In der Beratungssituation muss der Vermittler seinen Kunden somit deutlich machen, dass nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Ergänzungsversicherungen einen bedeutenden Vorteil, aber auch einen bedeutenden Nachteil haben.

Der Vorteil: Bei gleichen Leistungen sind sie in jungen Jahren erheblich günstiger als nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Tarife, da keine Alterungsrückstellung aufgebaut wird. Daher können junge Kunden über nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Angebote in der Regel einen Leistungsumfang absichern, der ihnen bei den teureren, nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Angeboten finanziell nicht möglich wäre.

Der Nachteil: Ab einer bestimmten Altersgrenze steigt der Beitrag deutlich. Dies kann Kunden finanziell überfordern und zur Kündigung des Versicherungsschutzes zwingen. Und dies geschieht in einem Alter, in dem der Schutz durch Ergänzungsversicherungen besonders wichtig wird. Auf diese Beitragserhöhung im Alter ist bei einem Beratungsgespräch zwingend hinzuweisen.

Wenig sinnvoll ist es, eine Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung mit einem Produkt zu koppeln, das den Beitragsanstieg im Alter auffängt, zum Beispiel eine Rentenversicherung. Die Gesamtkosten liegen dann in der Regel so hoch, dass stattdessen ein Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung abgeschlossen werden kann.

>> 3.4 Marktentwicklung der Zusatzversicherung

In der Vergangenheit hat die GKV immer wieder ihr Leistungsspektrum verändert und häufig eingeschränkt. Dabei sind nahezu in allen Bereichen Lücken in der Absicherung der Gesundheit entstanden, die unter Umständen sogar existenzbedrohende Folgen haben können.

Der Trend zu privater Vorsorge, um den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzustocken, hält daher seit Jahren an. Auch für privat Versicherte lohnt sich ein Blick auf das Angebot an Zusatzversicherungen, um den Leistungsumfang ihrer Vollversicherung sinnvoll zu erweitern. So erhöhte sich der Bestand auch 2015 wieder in fast allen Zusatzversicherungsarten.

Die folgenden Zusatzversicherungen werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen:

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2015	2014	2013	2012	2011	2010
ambulante Tarife	7.869.800	7.731.700	7.748.200	7.740.200	7.678.300	7.443.200
Veränderung absolut	138.100	16.500	8.000	61.900	235.100	681.500
Veränderung in %	1,8	0,2	0,1	0,8	3,16	10,08
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.978.100	5.870.800	5.804.300	5.776.600	5.712.800	5.643.500
Veränderung absolut	107.300	66.500	27.700	63.800	69.300	78.100
Veränderung in %	1,8	1,1	0,5	1,12	1,23	1,40
Zahntarife	14.950.000	14.411.000	13.821.800	13.574.400	13.218.800	12.192.100
Veränderung absolut	539.000	589.200	247.400	355.600	1.026.700	- 190.100
Veränderung in %	3,7	4,2	1,8	2,6	8,42	- 1,54
insgesamt*	18.884.300	18.511.200	17.724.700	17.548.400	17.139.400	16.513.300
Veränderung absolut	373.100	786.500	176.300	409.000	626.100	394.900
Veränderung in %	2,0	4,4	1,0	2,3	3,79	2,45

* Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife abschließen. Er wird in diesem Fall mehrfach gezählt. Für die Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert.

Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung

50 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

Folgende Entwicklungen lassen sich beobachten:

Der Zuwachs an ambulanten Zusatzversicherungen ist in den Jahren 2010 bis 2013 stetig zurückgegangen. Während 2010 noch ein Wachstum von über 10 % festgestellt werden konnte, so wurde 2013 nur noch ein Anstieg von 0,1 % gegenüber dem Vorjahr verbucht. Dieser abfallende Trend hat sich in den letzten beiden Jahren allerdings wieder erholt. So wuchs der Bestand an ambulanten Zusatztarifen 2015 um 1,8 % bzw. 138.100 Stück gegenüber dem Vorjahr.

Stationäre Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus verzeichneten in den Jahren 2010 bis 2013 zwar fortwährend einen Zuwachs. Dieser fiel allerdings von Jahr zu Jahr geringer aus. Zuletzt konnte der Markt für stationäre Zusatzversicherungen wieder einen stärkeren Zuwachs verzeichnen. 2015 betrug das Wachstum 1,8 % und lag damit sogar über dem Niveau von 2010.

Den höchsten Verbreitungsgrad bei den Zusatzversicherungen zur GKV haben die Zahntarife. In diesem Segment hat das Wachstum von 2011 bis 2013 zwar stark abgenommen, seit 2014 erfreut sich dieses aber wieder einer bedeutenderen Nachfrage. So ist die Zahl der Zahnzusatztarife von weniger als 14 Millionen im Jahr 2013 um knapp 1,1 Millionen auf knapp 15 Millionen im Jahr 2015 gestiegen.

Das Angebot an Zahnzusatzversicherungen seitens der privaten Krankenversicherer ist sehr breit gefächert. Vom Einstiegsangebot zur Absicherung von Eigenanteilen beim einfachen Zahnersatz ohne Gesundheitsprüfung bis hin zu Zahnzusatztarifen mit Leistungen für hochwertigen Zahnersatz zu 90 % und Zahnvorsorge- sowie Zahnbehandlungsleistungen wird alles angeboten. Eine flexible Produktpalette im Zahnergängungsbereich ermöglicht, den Kundenbedarf passgenau abzudecken und die vorhandenen Marktpotenziale zu erschließen.

Nachfolgende Versicherungsarten sind nicht nur für gesetzlich, sondern auch für privat Versicherte als Ergänzung ihrer Vollversicherung interessant:

Zusatzversicherte Personen nach Versicherungsarten	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Krankentagegeldversicherung*	3.585.700	3.585.800	3.605.100	3.627.600	3.599.300	3.536.600
Veränderung absolut	- 100	- 19.300	- 22.500	28.300	62.700	85.500
Veränderung in %	0,0	- 0,5	- 0,6	0,79	1,77	2,49
Krankenhaustagegeldversicherung	7.862.600	7.936.500	8.027.600	8.153.500	8.246.300	8.333.900
Veränderung absolut	- 73.900	- 91.100	- 125.900	- 92.800	- 87.600	- 116.000
Veränderung in %	- 0,9	- 1,1	- 1,5	- 1,13	- 1,05	- 1,37
Pflegezusatzversicherung	2.585.100	2.481.800	2.355.300	2.186.700	1.880.400	1.699.500
Veränderung absolut	103.300	126.500	168.600	306.300	180.900	199.000
Veränderung in %	4,2	5,4	7,7	16,3	10,64	13,26
Staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung	683.500	558.600	353.600			
Veränderung absolut	124.900	205.000				
Veränderung in %	22,4	58,0				

* In diesen Angaben sind auch vollversicherte Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten.

Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung

Auch bei diesen Versicherungsarten lassen sich bestimmte Entwicklungen erkennen: Das Wachstum in der Krankentagegeldversicherung ist unbeständig. Da in den oben genannten Zahlen vollversicherte Personen mit Krankentagegeldversicherung enthalten sind, spielt hier auch das Wachstum der Krankenvollversicherung eine Rolle. Fraglich ist, ob den Versicherten die Versorgungslücke hier wirklich bewusst ist, denn trotz des Absicherungsbedarfes in Folge längerer Arbeitsunfähigkeit spiegelt sich dies in der Entwicklung der Krankentagegeldversicherung aktuell nicht wider.

Der Bestand an Krankenhaustagegeldversicherungen sinkt stetig um annähernd 100.000 Personen pro Jahr. Eine Änderung dieser Entwicklung ist nicht zu erkennen.

Bei der Pflegezusatzversicherung ist ein starkes – wenn auch seit 2013 abnehmendes – Wachstum zu beobachten. So stieg die Zahl an Pflegezusatzversicherungen im Betrachtungszeitraum von ca. 1,7 Millionen in 2010 um mehr als 1,5 Millionen Pflegezusatzversicherungen – inkl. der staatlich geförderten Zusatzversicherungen – auf über 3,2 Millionen Verträge im Jahr 2015 an. Dies ist besonders interessant, da die Marktdurchdringung in diesem Bereich noch verhältnismäßig gering ist. Die Versorgungslücke ist groß und das Bewusstsein der Menschen für das Risiko dürfte nicht zuletzt durch die Medienpräsenz der Pflegereform weiter geschärft werden. Dies sind beste Voraussetzungen für ein weiteres, nennenswertes Wachstum in diesem Segment.

>> 3.5 Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde den Kassen bereits zum 01.01.2004 die Möglichkeit eingeräumt, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren, um selbst Zusatzversicherungen vermitteln zu können.

Besondere Bedeutung hat das Kooperationsgeschäft jedoch mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01.04.2007 gewonnen. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Ergänzungschutz im Rahmen von Wahlтарifen anbieten zu können, hat zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation zwischen GKV und PKV und schließlich zu intensivierten Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und privaten Krankenversicherungsunternehmen geführt.

Wie intensiv eine Kooperation ist, lässt sich durch folgende Fragestellungen feststellen:

- Werden für die Mitglieder der kooperierenden Krankenkasse passgenaue bzw. exklusive Zusatzversicherungsprodukte angeboten?
- Bietet das PKV-Unternehmen neben diesen passgenauen Produkten auch die Mitgliedschaft der kooperierenden Krankenkasse an, um alles aus einer Hand anbieten zu können?
- Findet eine einheitliche Vermarktung der Produkte über die Kooperationspartner statt (z. B. durch einheitliche Verkaufsunterlagen)?
- Sind die Leistungsprozesse im Hinblick auf den Kundenbedarf aufeinander abgestimmt bzw. so gestaltet, dass sie für den Kunden möglichst einfach sind (Zahnersatzrechnung muss nur einmal eingereicht werden)?

52 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

Können alle Fragen mit „ja“ beantwortet werden, so kann die Kooperation im Sinne einer besonders intensiven Zusammenarbeit auch als Partnerschaft bezeichnet werden. Für die gemeinsamen Aktivitäten sind sodann nicht nur ausgewählte Einzelbereiche, sondern alle strategischen Felder (Produkte, Vertrieb, Marketing, Prozesse) maßgebend. Für Kunden, Vertrieb und Betrieb haben solche echten GKV-PKV-Partnerschaften den höchsten Nutzen, da sie die Vorteile beider Systeme bestmöglich erschließen.

Die den Kassen vom Gesetzgeber eröffnete Kooperationsmöglichkeit wurde von vielen Krankenkassen genutzt, um mit einzelnen PKV-Unternehmen Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen beinhalten zum einen, dass eine Kasse exklusiv mit einem PKV-Unternehmen zur Vermittlung von Zusatz- und Ergänzungsversicherungen zusammenarbeitet. Zum anderen legen sie fest, dass für diese Kooperationen spezielle Produkte häufig ohne Abschlussprovisionen vom jeweiligen PKV-Unternehmen entwickelt werden, da die gesetzliche Kasse selbst die Vermittlung übernimmt. Durch diese Art der Kooperationen wird der Vermittlermarkt von einem großen Betätigungsfeld im Krankenversicherungsmarkt ausgeschlossen, obwohl Ergänzungsversicherungen ein Bereich sind, in dem die individuelle und kompetente Beratung durch qualifizierte Vermittler besonders wichtig ist.

Zu den gravierenden Wettbewerbsnachteilen der nicht in die Kooperationen eingebundenen PKV-Produkte zählt außerdem, dass die GKV in der Lage ist, ihre Vermittlungstätigkeit über ihren öffentlich-rechtlichen Status zu subventionieren und dadurch Preisvorteile zu erzielen.

Nur bei Vertriebspartnerschaften zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, die den beratenden Außendienst einschließen, kann die Qualität in der Beratung bei den beratungsintensiven Zusatzversicherungen sichergestellt werden.

Bei dieser Art der Zusammenarbeit kann der Vermittler zum Einstieg einen GKV-Schutz mit attraktiven Extraleistungen mit exklusiven Ergänzungsversicherungen anbieten – und so seine Bestände schützen. Der Kunde hat den Vorteil, trotz des Einheitsbeitrags in der GKV mehr Leistung zu bekommen als bei anderen Kassen und gleichzeitig auf private Ergänzungsversicherungen zugreifen zu können.

Das Angebot der Kasse wird so vor dem Hintergrund der aktuellen Veränderungen sinnvoll abgerundet. Denn der Kunde kann sich für einen Versicherungsschutz entscheiden, bei dem gesetzliche und private Leistungen Hand in Hand gehen.

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 53

Anhang

>> 4.1 Synopse über die wesentlichen Unterschiede zwischen GKV und PKV

	GKV	PKV
Aufsicht	Bundesversicherungsamt in Berlin bzw. die Sozialministerien der Länder	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Rechtliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialgesetzbuch (SGB V) ■ Reichsversicherungsordnung (RVO) ■ Satzung der jeweiligen Krankenkasse ■ Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ■ Handelsgesetzbuch (HGB) ■ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ■ Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ■ Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) ■ Spezielle Vereinbarungen (Klauseln)
Rechtsform	rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts	Wirtschaftsunternehmen <ul style="list-style-type: none"> ■ AG ■ VVaG
Mitgliedschaft versicherter Personen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pflichtversicherte Arbeitnehmer bis zur Versicherungspflichtgrenze einschließlich Auszubildende, Rentner bei Erfüllung der Vorversicherungszeiten, etc. ■ Freiwillig Versicherte (kraft gesetzlicher Regelungen) ■ GKV-Versicherungspflichtige Personen ohne Versicherungsschutz, aber der GKV zuzuordnen – seit 01.04.2007 Pflicht zur Versicherung) ■ Arbeitslose ■ Studenten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vollversicherte: <ul style="list-style-type: none"> – Selbstständige, Freiberufler – Beamte (ergänzend zur Beihilfe) – Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze – von der Versicherungspflicht befreite Arbeitnehmer/Studenten – PKV-Versicherungspflichtige (Personen ohne Versicherungsschutz, aber der PKV zuzuordnen – seit 01.01.2009 Pflicht zur Versicherung) – Rentner ■ Zusatzversicherte: alle in der GKV oder PKV versicherten Personen
Beiträge	seit 01.01.2015 Senkung des einheitlichen Beitragssatzes von 15,5 % auf 14,6 %, einkommensabhängiger Zusatzbeitrag ist möglich (in 2016 durchschnittlich 1,1 %); Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen des Versicherten bis max. zur Beitragsbemessungsgrenze.	individuell, sie richten sich nach Eintrittsalter, Gesundheitszustand und dem gewünschten Versicherungsschutz; Kapitaldeckungsverfahren – Ansparung von Alterungsrückstellungen
Leistungsprinzip	Sachleistungsprinzip <ul style="list-style-type: none"> ■ einheitlich ■ Kostenerstattung nur in Ausnahmefällen (z. B. Zahnersatz, Wahltarife mit Kostenerstattung) 	Kostenerstattungsprinzip <ul style="list-style-type: none"> ■ nach dem gewählten Tarif ■ direkte Kostenübernahme im Rahmen von stationären Aufenthalten (Card für Privatversicherte)

>> **Kündigungsfristen beim Kassenwechsel**

Seit Januar 2002 sind Versicherungspflichtige und freiwillig Versicherte beim Wechsel der Krankenkasse gleichgestellt. Sie können zum Ende des übernächsten Monats ab Austrittserklärung die Kasse wechseln.

Kündigungsfrist:

Zum Ende des übernächsten Monats ab Austrittserklärung, Mindestversicherungsdauer bei der „alten“ Kasse 18 Monate.

- Der GKV-Versicherte kündigt seine Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats (z. B. im Januar zum 31.03., im Februar zum 30.04., im März zum 31.05. usw.).
- Die „alte“ Kasse stellt unverzüglich – spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung – eine Kündigungsbestätigung aus.
- Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist.
- Nach der Kündigung ist das Mitglied dann 18 Monate an die neue Kasse gebunden. Dies gilt auch bei einem Arbeitgeberwechsel. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Vorversicherungszeit von 18 Monaten nicht erfüllt werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart (z. B. bei einem Wechsel von einer Ersatzkasse zu einer anderen Ersatzkasse oder von einer BKK zu einer anderen BKK) begründet werden soll.
- Erhebt eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, kann das GKV Mitglied – anders als bei der normalen Kündigung! – bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitrags-erhebung kündigen.

Wichtig: Wechsel in die PKV nur mit Nachweis möglich!

Will ein freiwillig versichertes GKV-Mitglied (z. B. Selbstständiger) in die PKV wechseln, wird die Kündigung der Mitgliedschaft nur dann wirksam, wenn das Bestehen einer privaten Krankenvollversicherung nachgewiesen wird. Wird der Nachweis nicht innerhalb der Kündigungsfrist erbracht, wird die Kündigung unwirksam. Der GKV-Austritt wäre dann nur nach einer erneuten Kündigung möglich. Empfehlung: Darauf achten, dass der Kunde den Nachweis auch tatsächlich erbringt. Seien Sie ihm gegebenenfalls dabei behilflich.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

§ 13 SGB V Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 % in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe für erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 15 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

- (1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.
- (2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.
- (3) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.
- (4) In den Berechtigungsscheinen sind die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9, bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs, aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden.
- (5) In dringenden Fällen kann die elektronische Gesundheitskarte oder der Berechtigungsschein nachgereicht werden.
- (6) Jeder Versicherte erhält die Krankenversichertenkarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Muss die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.

§ 18 SGB V Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

- (1) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.
- (2) In den Fällen des Absatzes 1 kann die Krankenkasse auch weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson ganz oder teilweise übernehmen.
- (3) Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthalts festgestellt hat. Die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, und nur für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr übernommen werden. Eine Kostenübernahme ist nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. Die Sätze 1 und 3 gelten entsprechend für Auslandsaufenthalte, die aus schulischen oder Studiengründen erforderlich sind; die Kosten dürfen nur bis zu der Höhe übernommen werden, in der sie im Inland entstanden wären.

§ 28 SGB V Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

- (1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Partner der Bundesmantelverträge legen bis zum 30. Juni 2012 für die ambulante Versorgung beispielhaft fest, bei welchen Tätigkeiten Personen nach Satz 2 ärztliche Leistungen erbringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (2) Die zahnärztliche 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; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den

Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

(4) (weggefallen)

§ 29 SGB V Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

§ 44 SGB V Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor.

§ 53 SGB V Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen.

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.

§ 55 SGB V Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 56 SGB V Festsetzung der Regelversorgungen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien, erstmalig bis zum 30. Juni 2004, die Befunde, für die Festzuschüsse nach § 55 gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

(2) Die Bestimmung der Befunde erfolgt auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Dem jeweiligen Befund wird eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden,

zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund im Sinne von Satz 1 nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz zu Grunde zu legen. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. In die Festlegung der Regelversorgung einzubeziehen sind die Befunderhebung, die Planung, die Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben Okklusionshindernissen und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes. Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten. Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann von den Vorgaben der Sätze 5 bis 8 abweichen und die Leistungsbeschreibung fortentwickeln.

(3) Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 ist dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung über die Regelversorgung hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen einzubeziehen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres die Befunde, die zugeordneten Regelversorgungen einschließlich der nach Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sowie die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 in den Abstufungen nach § 55 Abs. 1 Satz 2, 3 und 5 sowie Abs. 2 im Bundesanzeiger bekannt zu machen.

(5) § 94 Abs. 1 Satz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Beanstandungsfrist einen Monat beträgt. Erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinie nach § 94 Abs. 1 Satz 5, gilt § 87 Abs. 6 Satz 4 zweiter Halbsatz und Satz 6 entsprechend.

§ 61 SGB V Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 SGB V Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoein-

nahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) (weggefallen)

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.

§ 175 SGB V Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(4a) (weggefallen)

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§ 241 SGB V Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 242 SGB V Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) bis (5) nicht abgedruckt

§ 242a SGB V Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

A

allgemeiner Beitragssatz 21
alternative Heilverfahren 41
Alternativmedizin 41
Alterungsrückstellungen 48
ambulante Zusatzversicherungen 50
Andersartige Versorgung 32
Arbeitgeberbeitrag 21
Art der Lebensversicherung 48
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) 16
Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) 16
Auslandsreiseschutz 31

B

Behandlungsprogramme 24
Beiträge 11
Beiträge in der GKV 20
Beitragsentlastungsgesetz 14
Belastungsgrenzen 19
Betriebskosten 35
Bindungsfristen 26
Brillen/Kontaktlinsen 42
Bürgerentlastungsgesetz
Krankenversicherung 16

C

chronisch Kranke 19

D

Diagnosis Related Groups-System 13

E

Eigenbeteiligungen 18
Einkommenssicherung bei
Arbeitsunfähigkeit 34
Einsteigerprodukte 46
erfolgsabhängige Rückerstattung 42
erfolgsunabhängige Rückerstattung 42
ermäßigter Beitragssatz 21

F

Fallpauschale 13
Festzuschuss 31
Finanzierung der gesetzlichen
Krankenversicherung 20
freie Arztwahl im Krankenhaus 33
freie Krankenhauswahl 33

G

Gebührensysteem für Ärzte 12
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
(GebüH) 41
Gesundheitsfonds 20
Gesundheitsmodernisierungsgesetz 51
Gesundheitsreform 2000 15
Gesundheitsreformgesetz 14
Gesundheits-Strukturgesetz 14
GKV-Finanzierungsgesetz 16
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 15
GKV-Neuordnungsgesetz 15
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
(GKV-WSG) 16
Gleichartige Versorgung 32

H

Härtefallregelungen 20
Hausarzttarif 25
Haushaltsbegleitgesetz 14
Höchstkrankengeld 34
Hufelandverzeichnis 41

I

integrierte Versorgung 25

K

Kapitaldeckungsverfahren 11
Komfort-Absicherung 46
Kooperationen 51
Kostenerstattungsprinzip 56
Kostenerstattungstarif 26
Krankengeldtarif 25
Krankenhaustagegeldversicherung 33
Krankenhaustagegeldversicherungen 51
Krankentagegeldversicherung 34, 51
Kündigungsfristen beim
Kassenwechsel 23, 57

L

Leistungsdifferenzierungen in der GKV 23

M

Marktentwicklung 49

N

Naturheilverfahren 41

68 >> Stichwortverzeichnis

O

Optionstarife 42, 43

P

Partnerschaften zwischen der GKV
und der PKV 51

Pauschalleistung 42

Pflegekostenversicherung 39

Pflegerentenversicherung 39

Pflegetagegeldversicherung 39

Pflegeversicherung 36

Pflegezusatzversicherung 39, 51

Pflichtangebote 25

Pflichtversicherte 56

Prämienzahlung bei
Leistungseinschränkung 26

R

Regelversorgung 31

Rückerstattungsmodelle 42

S

Sachleistungsprinzip 56

Schadenversicherung 48

Selbstbehalttarif 25

Service- und Beratungsleistungen 24

Solidaritätsprinzip 20

Solidaritätsstärkungsgesetz 15

Sonderkündigungsrecht 26, 57

Stationäre Behandlung 33

T

Träger der GKV 10

U

Umlageverfahren 11

V

Verbraucherwünsche 46

Vermögenssicherung im Pflegefall 36

Vollstationäre Pflege 37

W

Wahlleistungen im Krankenhaus 50

Wahltarife 24

Wahltarife für besondere
Therapierichtungen 26

Wahltarif für besondere ambulante
Versorgungsformen 26

Wahltarif für strukturierte
Behandlungsprogramme 25

Wettbewerbssituation 51

Z

Zahnergänzungsversicherungen 32

Zahnersatz 31

Zahntarife 50

Zuzahlungen 18, 19, 41

Continental Krankenversicherung a.G.
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92
44139 Dortmund
www.pkv-ratgeber.de