



Versicherungsmakler

Wir beraten sie zu den gesetzlichen Vorgaben
zur Ergänzung des Versicherungsschutzes für GKV-Versicherte.

Achim Brandenbusch
Versicherungsmakler

Hanns-Martin-Schleyer-Straße 18a
47877 Willich

Telefon 02154/48128-0

Telefax 02154/48128-6

Mobil 0170/3856845

achim@brandenbusch.de
brandenbusch.de

pkv-ratgeber

Expertenbroschüre
Ergänzung des Versicherungsschutzes
für GKV-Versicherte

Impressum

pkv-ratgeber

3. Auflage, August 2012

Herausgeber: © 2012 Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

pkv-ratgeber

**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	13
1.4 Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen	16
1.5 Beiträge in der GKV	18
1.5.1 Der Gesundheitsfonds	19
1.5.2 Beitragssatz	20
1.5.3 Zusatzbeitrag	20
1.6 Krankenkassenwahlrecht	20
1.7 Leistungsdifferenzierungen in der GKV	21
1.8 Wahltarife in der GKV	22
1.8.1 Pflichtangebote der Krankenkassen	22
1.8.2 Die freiwilligen Angebote der Krankenkassen	23
1.8.3 Bindungsfristen	24
1.8.4 Kurzübersicht über Wahltarife und Bindungsfristen	24
1.8.5 Wahltarife für GKV-Versicherte – eine sinnvolle Alternative?	25
2 Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten	27
2.1 Unverzichtbare Ergänzungsversicherungen	29
2.1.1 Auslandsreiseschutz	29
2.1.2 Zahnersatz	29
2.1.3 Stationäre Behandlung und freie Arztwahl im Krankenhaus	30
2.1.4 Freie Krankenhauswahl	31
2.1.5 Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit	31
2.1.6 Vermögenssicherung im Pflegefall	33

2.2	Sinnvolle Ergänzungsversicherungen	37
2.2.1	Vorsorgeuntersuchungen	37
2.2.2	Naturheilverfahren/Heilpraktiker	37
2.2.3	Praxisgebühr/Zuzahlungen	38
2.2.4	Brillen/Kontaktlinsen	38
2.3	Rückerstattungsmodelle in der Ergänzungsversicherung	39
2.4	Optionen	39
3	Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen	43
3.1	Verbraucherwünsche	44
3.2	Einsteigerprodukte oder Komfort-Absicherung	44
3.3	Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung	46
3.4	Marktentwicklung der Zusatzversicherung	47
3.5	Kooperationen bzw. Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV	49
4	Anhang	53
	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.

Dankenswerterweise wurden wir unterstützt von unserem Expertenbeirat, der sich aus den Herren Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Prof. Dr. Bernd Hof, Dr. iur. utr. Peter Ollick, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Arno Surminski und Prof. Dr. Jürgen Wasem zusammensetzt. Wir dürfen uns in diesem Zusammenhang für ihre kritischen und weiterführenden Anmerkungen und Ergänzungen bedanken.

>> **Vorbemerkung zur 3. 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 ist enorm. 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 2012

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 festgelegten Aufgaben zu erfüllen. Die Mitglieder bilden dabei eine 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.
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) bestehen für Landwirte und ihre Familien sowie Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte.
- Knappschaft, ursprünglich nur für Arbeitnehmer des Bergbaus zuständig, sind seit dem 01.04.2007 allgemein geöffnet.
- Ersatzkassen, entstanden aus Selbsthilfvereinigungen.

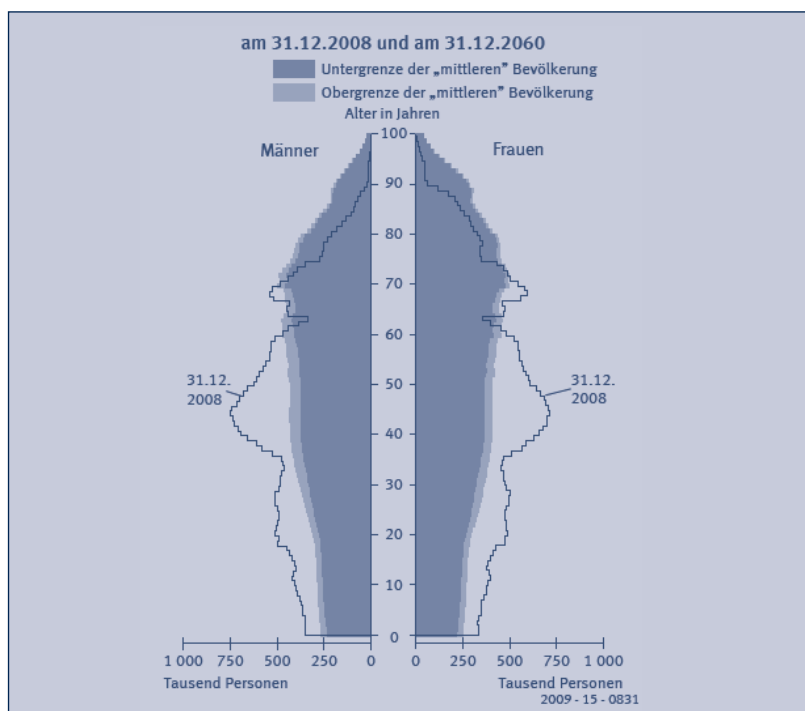
Die GKV ist seit Jahren einem starken Konzentrationsprozess ausgesetzt, in dessen Verlauf die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen immer weiter zurückgegangen ist: Derzeit sind es noch 153 (Quelle: GKV-Spitzenverband 08.2011) von einst 1.815 Kassen.

>> 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, durch die Beitragszahlungen der Solidargemeinschaft nicht mehr aufgefangen werden.

Altersaufbau der Bevölkerung in den Jahren 2008 und 2060



Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

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 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

12 >> Orientierung für GKV-Versicherte

zu. Überdies ist die Lohnquote kontinuierlich gesunken, das heißt, der Anteil der Lohneinkommen am gesamten Volkseinkommen.

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 angegliche 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-System), eingeführt worden. Ausgenommen sind davon grundsätzlich Abteilungen und Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. 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 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 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 qualitätsorientiert.

Die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie Rehabilitation führt dazu, dass jeder Bereich systembedingt 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.

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 Wettbewerbselementen. Es stellt sich immer wieder die Frage, wie gerade die letzten beiden gegensätzlichen Elemente – mehr Staat und mehr Vertragsfreiheit – in Einklang gebracht werden können.

>> 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

1989 Gesundheitsreformgesetz

- Festbeträge/Zuzahlungen bei Arzneimitteln
- Zuschuss für Zahnersatz nur noch 60 %
- Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten
- Zuschuss bei Brillengestellen nur noch 20 DM
- Zuzahlungen Fahrkosten 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)

14 >> Orientierung für GKV-Versicherte

- Budgetierung für Ärzte und Arzneimittel
- Einführung von Fallpauschalen
- Verschärfung der 9/10-Regelung der KVdR

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

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

2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- Einführung der Drei-Jahres-Regelung für Arbeitnehmer bei Wechsel in die PKV
- Pflicht zur Krankenversicherung (GKV ab 01.04.07/PKV ab 01.01.09)
- Einführung des Basistarifs im Jahr 2009
- Einführung eines Übertragungswertes für neu abgeschlossene Verträge
- Anforderungen an PKV-Volltarife (ambulanter und stationärer Schutz mit 5.000 Euro max. Selbstbeteiligung)
- Möglichkeit von Wahlтарifen 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
- Zusatzprämien 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-Wahlтарifen werden teilweise auf 1 Jahr reduziert
- Sonderkündigungsrecht bei Erhebung von Zusatzbeiträgen gilt jetzt auch bei Abschluss eines Wahlтарifs

2011 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

- Die PKV wird in die gesetzlichen Arzneimittelrabatte einbezogen

2012 GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- Bessere Versorgung für die Patienten (z. B. die Möglichkeit zusätzlicher Satzungsleistungen der Kassen, flexible Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung)

16 >> Orientierung für GKV-Versicherte

- Flexiblerer Versorgungsstrukturen auf dem Land
- Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
- Anreize für Ärzte in strukturschwachen Gebieten

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 Herstellerrabatt dürfen von PKV-Unternehmen ausschließlich zur Vermeidung und Begrenzung von Prämien erhöhungen 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.

Das Ziel der meisten Gesundheitsreformen war bis heute eine kurzfristige Veränderung der Finanzierung medizinischer Leistungen. Die Förderung präventiver Ansätze zur Verhinderung krankheitsbedingter Kosten spielte bei bisherigen Gesundheitsreformen dagegen nur eine geringere Rolle.

>> 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
Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	pro Arztbesuch 10 EUR Praxisgebühr im Kalendervierteljahr
Arznei- und Verbandmittel	pro Arznei- und Verbandmittel 10 % des Abgabepreises, mind. 5 EUR, max. 10 EUR; jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels selbst
Haushaltshilfe	pro Kalendertag 10 % der Leistung, mind. 5 EUR, max. 10 EUR pro Tag
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten sowie 10 EUR je Verordnung, max. bis zu 28 Kalendertage im Jahr
Heilmittel	pro Verordnung 10 EUR sowie 10 % der Kosten des Heilmittels
Hilfsmittel	pro Hilfsmittel 10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 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 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 EUR, max. 10 EUR
stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme	10 EUR täglich bis zu 28 Tagen – Regeldauer 3 Wochen – Wiederholung frühestens nach 4 Jahren
Soziotherapie	10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 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 7.008 Euro pro Kind und 4.725 Euro für den nicht erwerbstätigen Ehepartner.

Beispiel

Das Jahreseinkommen einer Familie mit drei Kindern beträgt 50.000 Euro. Der Freibetrag beträgt insgesamt 25.749 Euro (4.725 Euro für den Ehepartner und jeweils 7.008 Euro für die drei Kinder). Die Jahresbelastungsgrenze der fünfköpfigen Familie liegt bei 485,02 Euro (=2 % von 24.251 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.

18 >> Orientierung für GKV-Versicherte

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

Berechnungsbeispiel

Die maximale Summe aller Zuzahlungen innerhalb eines Jahres:

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

Härtefallregelung bei Zahnersatz: 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 1.050 Euro brutto. Haben sie einen Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, darf das gemeinsame Einkommen höchstens 1.443,75 Euro betragen. Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sich die Grenze um 262,50 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.

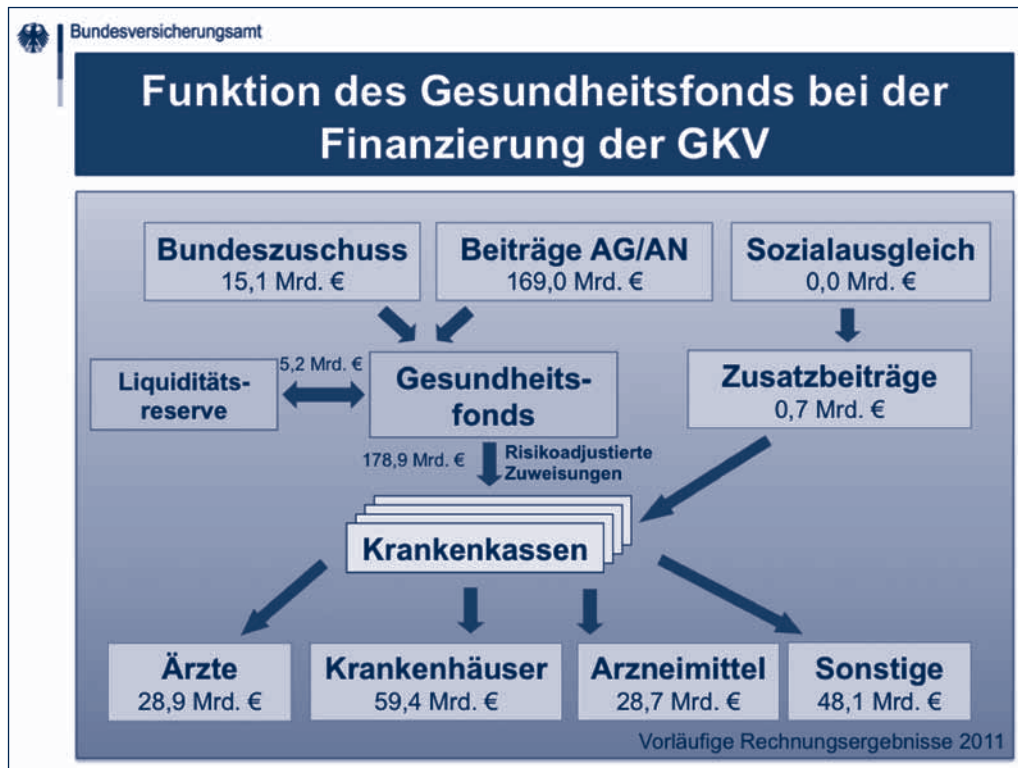
Fazit:

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 %.

>> 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 oder keinem Einkommen (z. B. Rentner und 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. Seitdem zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, unabhängig von ihrer gewählten Krankenkasse. Damit gelten wie bereits schon in allen übrigen Sozialversicherungszweigen (Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung) einheitliche Beitragssätze.

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. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben nach der Umverteilung über den Gesundheitsfonds 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. Im Gegenzug können Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gut gewirtschaftet haben, ihren Versicherten eine Prämie auszahlen.

20 >> Orientierung für GKV-Versicherte

1.5.2 Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz in der GKV beträgt seit dem 01.01.2011 einheitlich 15,5 %, der ermäßigte Beitragssatz 14,9 %. Da der Arbeitnehmer 0,9 % des Beitrags alleine trägt, ergibt sich ein Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 7,3 %.

1.5.3 Zusatzbeitrag

Wenn bei einer Kasse Ausgabensteigerungen vorliegen, die oberhalb der Einkommensentwicklung in Deutschland liegen, wird der allgemeine Beitragssatz nicht angehoben, sondern der zusätzliche Finanzbedarf durch Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert:

- Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sind in festen Euro-Beträgen zu erheben.
- Um finanzielle Überforderungen zu verhindern, erfolgt ein Sozialausgleich, der sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag der Krankenkassen orientiert und nicht am individuellen Zusatzbeitrag des GKV-Mitglieds.

Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, hat das GKV-Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich, der über eine individuelle Verringerung des Mitgliedsbeitrages durchgeführt wird. Der Sozialausgleich soll grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden.

>> 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 bis-

herigen Krankenkasse vorliegt. Bei Erhebung eines Zusatzbeitrags hat die versicherte Person ein Kündigungsrecht auch innerhalb der 18 Monate. (Siehe auch im Anhang „Kündigungsfristen beim Kassenwechsel“ Seite 53).

>> 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 ist das Argument eines niedrigeren Beitragssatzes für einen Kassenwechsel entfallen. Hier werden in der Zukunft aber ggf. der Zusatzbeitrag (wenn die Ausgaben über dem Durchschnitt liegen) oder die Erstattung von Beiträgen (wenn die Ausgaben niedriger liegen) für Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen sorgen und den einen oder anderen Versicherten zu einem Wechsel bewegen.

In jüngster Zeit treten Punkte wie Extraleistungen, z. B. für Präventionsmaßnahmen und Bonusprogramme, als Wettbewerbselemente in den Vordergrund.

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.

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 Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Sie muss dabei selbst bewerten, mit welchen finanziellen Anreizen sie ihre Versicherten zu gesundheits- und kostenbe-

22 >> Orientierung für GKV-Versicherte

wusstem 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 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*.

1.8.1 Pflichtangebote der Krankenkassen

Wahlтарife für **besondere Versorgungsformen** müssen die Krankenkassen anbieten. Man ist als Versicherter aber nicht gezwungen, diese auszuwählen.

Wahlтарif 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.

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

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.

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

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 EUR.

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.

24 >> Orientierung für GKV-Versicherte

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 bereithalten.

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 Wahlтарife und Bindungsfristen

Name des Wahlтарifs	Art des Wahlтарifs	§	gesetzliche Bindungsfrist
Kostenerstattung (anstelle Sach- oder Dienstleistung)	Kann	§ 13 Absatz 2 SGB V	1/4 Jahr
Selbstbehalt	Kann	§ 53 Absatz 1 SGB V § 13 Absatz 2 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	Kann	§ 53 Absatz 2 SGB V	1 Jahr

Name des Wahltarifs	Art des Wahltarifs	§	gesetzliche Bindungsfrist
Besondere Versorgungsformen - Disease Management Programme	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V (§ 137f SGB V)	keine
Besondere Versorgungsformen - Integrierte Versorgung	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V (§ 140a SGB V)	keine
Besondere Versorgungsformen - Modellvorhaben	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V (§ 63 SGB V)	keine
Besondere Versorgungsformen - hausärztliche Versorgung	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V (§ 73b SGB V)	keine
Besondere Versorgungsformen - Selektivverträge	Pflicht	§ 53 Absatz 3 SGB V (§ 73c SGB V)	keine
Kostenerstattung (Vertrag mit bestimmter Arztgruppe)	Kann	§ 53 Absatz 4 SGB V	1 Jahr
Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	Kann	§ 53 Absatz 5 SGB V	1 Jahr
Krankengeld (Selbständige, Künstler, Publizisten)	Pflicht	§ 53 Absatz 6 SGB V	3 Jahre
Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkung	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 die GKV 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 Wahlтарifen sind nicht zulässig. Dies wird von der Aufsichtsbehörde geprüft. Damit ist fraglich, ob eine Beitragsstabilität gegeben ist.
- Durch eine mögliche Mindestbindefrist bei bestimmten Wahlтарifen 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 >> 27

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. Dies bestätigt auch der folgende Auszug aus der Continentale-Studie 2009*:

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 hoher formaler Bildung weitaus interessierter als die mit relativ niedrigem Bildungsniveau.

53 Prozent 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 Prozent 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 Prozent. Darüber hinaus fällt bei näherer Betrachtung der Soziodemografie Folgendes auf:

- *Eine große Rolle spielt die Berufstätigkeit der Befragten. 40 Prozent der Berufstätigen beabsichtigen, eine Zusatzversicherung abzuschließen, aber nur 19 Prozent 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 Prozent, 3-oder-mehr-Personen-Haushalte 43 Prozent. 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 Prozent 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.

* 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 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 An-

30 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

spruch 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 privat Zahnärztlichen 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 EUR pro Tag bis max. 280 EUR 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. Fahrkosten der Angehörigen oder der Ausfall von Einkommensbestandteilen, z. B. Schichtzulage, durch den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung abgedeckt werden sollen.

Eine Krankentagegeldversicherung 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.

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 fast 25 % rechnen.

Der Einkommensverlust ergibt sich daraus, dass ein Krankengeld in Höhe von 70 % vom Bruttoeinkommen (max. aus 3.825 Euro im Jahr 2012), jedoch nicht mehr als 90 % des Nettoeinkommens gezahlt wird. Im Jahr 2012 beträgt das kalendertägliche Höchstkrankengeld 89,25 Euro (monatlich 2.677,50 Euro). Davon werden zurzeit 12,275 % Arbeitnehmeranteil für Arbeitnehmer mit Kindern und 12,525 % 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.

32 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Dieses Beispiel zeigt, dass dem Einzelnen bei einem Bruttoeinkommen von 3.600 Euro eine monatliche Lücke von rund 480 Euro beim Bezug von Krankengeld verbleibt.

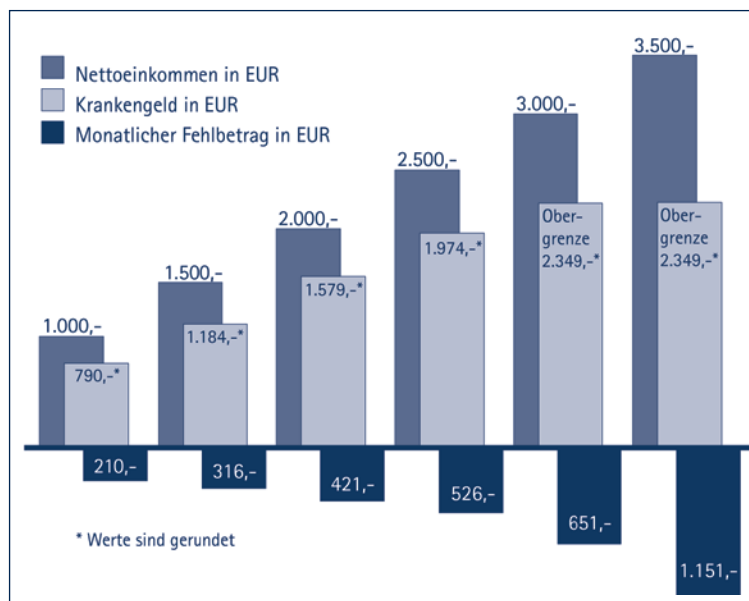
Bruttoeinkommen	3.600,00 Euro
Nettoeinkommen	2.280,00 Euro
Krankengeld = 70 % v. Brutto, jedoch nicht mehr als 90 % v. Netto, max. 70 % aus BBG	2.052,00 Euro
davon 12,275 % HBG	251,88 Euro
verbleibendes Krankengeld	1.800,12 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	479,88 Euro

Für Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entsteht eine zusätzliche Lücke: Bei einem Bruttoeinkommen von 5.800 Euro ergibt sich eine monatliche Lücke von 901,16 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	2.677,50 Euro
davon 12,275 % HBG	328,66 Euro
verbleibendes Krankengeld	2.348,84 Euro
<u>Lücke</u> zwischen Nettoeinkommen und verbleibendem Krankengeld	901,16 Euro

Das Beispiel macht deutlich, dass ein Krankentagegeld unabdingbar erforderlich ist. Es sei denn, der Einzelne kann im Ernstfall auf rd. 25 % (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 Betroffene selbst entscheiden, wie viele Tage Erkrankung er finanziell verkraften kann, ohne einen Ersatz des Verdienstausschlages 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 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. Seit dem 01.04.1995 erbringen die Pflegekassen Leistungen für ambulante Pflege, seit dem 01.07.1996 auch für stationäre Pflege.

Die soziale Pflegepflichtversicherung gewährleistet dabei jedoch nur eine Grundabsicherung. Daran hat auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das zum 01.07.2008 in Kraft getreten ist, nichts geändert.

Pflegebedürftige können wählen zwischen Sachleistungen (Pflegeleistungen oder Vertragspartner stellt Pflegeperson) oder Pflegegeld (Pflegebedürftiger beauftragt Pflegeperson). 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.

34 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

Die Leistungen betragen zum 01.01.2012:

Pflegestufe	Pflegeeinsätze bis zum Gesamtwert von	Pflegegeld
I	450 Euro	235 Euro
II	1.100 Euro	440 Euro
III	1.550 Euro (Härtefälle: 1.918 Euro)	700 Euro

Eine Kombination von Sachleistungen und Geldleistung ist möglich.

Menschen, die z. B. aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben, können zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von bis zu 100 Euro (Grundbeitrag) oder bis zu 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich geltend machen.

Die soziale Pflegeversicherung wird mit dem Gesetz zur strukturellen Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) zum 01.01.2013 neu ausgerichtet, insbesondere mit Blick auf die Situation der an Demenz erkrankten Menschen. Somit erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) sind, ab dem 01.01.2013 monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro. Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten 305 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 665 Euro. Pflegebedürftige in Pflegestufe II bekommen 525 Euro Pflegegeld oder Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

Künftig bieten auch ambulante Pflegedienste neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gezielt Betreuungsleistungen für Demenzkranke an. Dies sind Leistungen, die speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten sind.

Weitere Eckpunkte des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG):

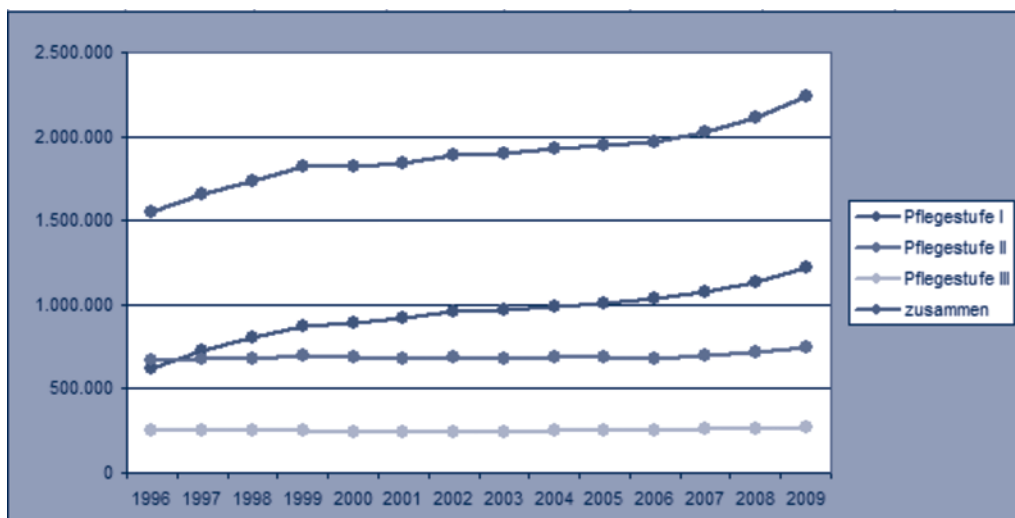
- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme
- Stabilisierung und Stärkung der Situation der pflegenden Angehörigen
- Förderung von Wohngruppen
- Stärkung der Rechte von Pflegebedürftigem und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes
- Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung (innerhalb von zwei Wochen).

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 Leistung ist begrenzt auf monatlich max. 1.023 Euro in Pflegestufe I, 1.279 Euro in Pflegestufe II und 1.550 Euro in Pflegestufe III. Bei Fällen mit besonderem Pflegeaufwand übernimmt die Pflegekasse Kosten in Höhe von bis zu 1.918 Euro im Monat. Die durchschnittlichen Kosten für einen Aufenthalt im Pflegeheim liegen jedoch bei ca. 3.000 Euro. Trotz Pflegeversicherung verbleibt also ein

erheblicher Kostenanteil, der die eigenen Mittel der Betroffenen in den meisten Fällen wohl deutlich übersteigt.

Die Vorausberechnung der Statistischen Ämter zeigt für die nächsten Jahrzehnte eine zunehmende Alterung der Bevölkerung. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in den letzten Jahren stark gestiegen, wie die folgende Grafik deutlich macht.

Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland von 1995 bis 2009



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Da die Pflegepflichtversicherung nur eine pflegerische Grundversorgung darstellt, ist es notwendig, zusätzlich für den Pflegefall privat vorzusorgen. Für diese freiwillige Zusatzvorsorge ist ab 01.01.2013 eine steuerliche Förderung vorgesehen. Wie die Förderung geregelt werden soll, ist noch nicht abschließend geklärt.

Um die Versorgungslücken zu schließen, bestehen folgende Möglichkeiten:

Pflegerentenversicherung

Pflegerentenversicherungen werden von Lebensversicherern angeboten. Über einen bestimmten Zeitraum werden monatliche Beiträge angespart, die im Pflegefall die fest vereinbarte Pflegerente bilden. 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 prozentualer Anteil erstattet. Idealerweise übernimmt die Pflegekostenversicherung alle verbleibenden Kosten. Bei einigen Versicherern ist die Summe bis zu einer

36 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

jährlichen Höchstgrenze beschränkt. Darüber hinaus sollten folgende Leistungen und Bedingungen gegeben sein:

- Einschluss aller Pflegestufen,
- 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 der gesetzlichen Pflichtversicherung,
- 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 gesetzlichen Pflegepflichtversicherung wird im Pflegefall ein vorher vertraglich vereinbartes, tägliches Pflegegeld gezahlt. Die Höhe des Pflegetagegeldes richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Der volle Tagessatz wird häufig erst ab Pflegestufe III ausbezahlt. 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 sowohl bei ambulanter als auch stationärer Pflege,
- kein Unterschied der Leistungen bei Pflege durch Angehörige/Freunde oder durch professionelle Pflegedienste,
- tarifliche Dynamik der Leistungen zur Anpassung des Pflegetagegeldes an die Pflegekostensteigerungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, auch im Leistungsfall und wenn möglich ohne Altersbeschränkung,
- Übernahme der festgestellten Pflegestufe der gesetzlichen Pflichtversicherung,
- integriertes Optionsrecht im Rahmen von Einstiegsangeboten zum späteren Wechsel in ein höherwertiges Pflegetagegeld 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.

38 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

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 Beihilfavorschriften 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 Erfolg versprechend 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 Praxisgebühr/Zuzahlungen

Das Thema Zuzahlungen ist vielfältig. Jeder Patient muss bei einem Arzt- und Zahnarztbesuch eine Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal bezahlen. Das gilt für die erstmalige Inanspruchnahme eines Arztes – ganz gleich, ob es sich um einen Haus- oder Facharzt handelt. Auch bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten, Krankentransporten oder medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter sind Zuzahlungen zu leisten (siehe Übersicht Seite 16). 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.

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 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 Optionen

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 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.

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.

40 >> Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten

- 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.

Lücken im GKV-Schutz und Lösungsmöglichkeiten >> 41

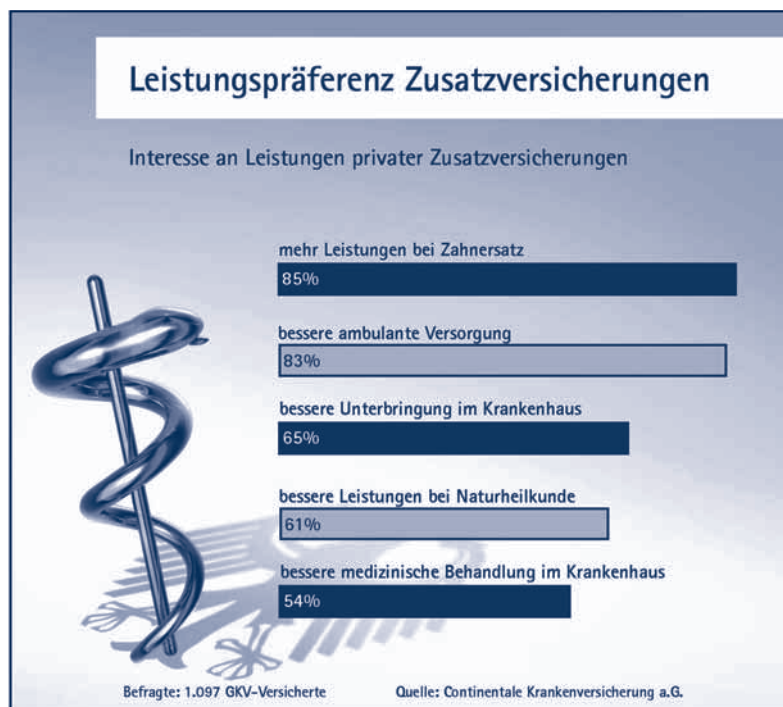
44 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

3. Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

>> 3.1 Verbraucherwünsche

Nach der Continentale Studie 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 Prozent) oder bessere Versorgung im ambulanten Bereich (83 Prozent) bieten. Die Angebote „bessere Unterbringung im Krankenhaus“ sowie „bessere Leistungen im Bereich Naturheilkunde“ sind für fast ein Drittel der Befragten interessant. Das geringste Interesse besteht für Zusatzversicherungen, die bessere medizinische Versorgung im Krankenhaus vorsehen (54 Prozent).



>> 3.2 Einsteigerprodukte oder Komfort-Absicherung

Eine wichtige Frage in dem Zusammenhang 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 Ausgabebereitschaft insgesamt gefragt.

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

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 45

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

Durchschnittlich 16 Euro pro Monat würden die GKV-Versicherten insgesamt für Zusatzversicherungen ausgeben. Nur 10 Prozent sagen, eine Ergänzungsversicherung wäre ihnen nichts wert. Andererseits würden rund ein Drittel der gesetzlich Versicherten 20 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 Euro; 56 Prozent würden mehr als 20 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 Euro; 46 Prozent der Befragten würden mehr als 20 Euro ausgeben. 15 Prozent wäre der zusätzliche Schutz sogar 50 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 Euro.

46 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

>> 3.3 Beitragskalkulation in der Ergänzungsversicherung

Die Beiträge in der PKV werden grundsätzlich risikogerecht kalkuliert, d. h., es erfolgt eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht (letzteres bis zum 21.12.2012). Kosten für Schwangerschaft und Mutterschaft werden allerdings bereits jetzt geschlechtsunabhängig kalkuliert und sind daher nicht nur von den Frauen, sondern auch von den Männern zu tragen.

Die grundsätzlich geschlechtsabhängige Kalkulation (Unisex) ist durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 01.03.2011 zukünftig für Neuverträge 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 derzeitigen Kalkulationsgrundlagen werden damit, soweit sie noch eine Geschlechtsabhängigkeit vorsehen, voraussichtlich mit Wirkung ab dem 21.12.2012 ungültig. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist die PKV angehalten, ihre Beitragskalkulation entsprechend den Vorgaben des EuGH-Urteils neu zu gestalten. Inwieweit die Beiträge für Frauen dann preiswerter und die für Männer teurer werden, bleibt abzuwarten.

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 ja keine Alterungsrückstellung aufgebaut

Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen >> 47

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

Die Zusatzversicherungen haben in den vergangenen Jahren einen deutlichen Bestandszuwachs erfahren. Das hat vor allem zwei Gründe:

Durch die Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV infolge der 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsreform sowie die damit einhergehenden Diskussionen über Leistungskürzungen halten immer mehr Menschen eine zusätzliche Absicherung für notwendig oder zumindest für sinnvoll. Zudem sind mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen möglich geworden. Dadurch ist für viele Menschen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung leichter geworden.

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

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz	2011	2010	2009	2008	2007	2006
ambulante Tarife	1.679.400	7.443.200	6.761.700	6.627.800	6.347.100	5.892.400
Veränderung absolut	236.200	681.500	133.900	280.700	454.700	854.800
Veränderung in Prozent	3,2	10,08	2,02	4,42	7,72	16,97
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	5.727.000	5.643.500	5.565.400	5.382.700	5.167.600	5.096.500
Veränderung absolut	83.500	78.100	182.700	215.100	71.100	56.500
Veränderung in Prozent	1,5	1,40	3,39	4,16	1,40	1,12
Zahntarife	13.197.000	12.192.100	12.382.200	11.769.700	10.794.300	9.376.300
Veränderung absolut	1.004.900	- 190.100	612.500	975.400	1.418.000	1.582.100
Veränderung in Prozent	8,2	-1,54	5,20	9,04	15,12	20,3
insgesamt*	16.513.300	16.513.300	16.118.400	15.394.100	14.381.600	12.999.500
Veränderung absolut	626.600	394.900	724.300	1.012.500	1.382.100	1.306.700
Veränderung in Prozent	3,8	2,45	4,71	7,04	10,63	11,18

* 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

48 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

Folgende Entwicklung lässt sich beobachten:

Der Zuwachs an ambulanten Zusatzversicherungen hat sich von 2006 bis 2009 ca. jährlich halbiert. Dies erweckte zunächst den Anschein einer Marktsättigung in diesem Segment. Im Jahr 2010 hat sich jedoch das Wachstum gegenüber 2009 vervielfacht. Damit gehörte 2010 die ambulante Zusatzversicherung deutlich zu den am meisten nachgefragten Zusatzversicherungen.

Stationäre Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus verzeichneten in den Jahren 2008 und 2009 nennenswerte Zuwächse. Zurückzuführen ist dieses Wachstum auch auf neu eingeführte stationäre Wahlleistungstarife von den privaten Krankenversicherern, die sich auf den Leistungsauslöser Unfall beschränken und somit teilweise auch ohne Gesundheitsprüfung zu einem geringen Beitrag angeboten werden können.

Den höchsten Verbreitungsgrad bei den Zusatzversicherungen zur GKV haben die Zahntarife. In diesem Segment hat das Wachstum stark abgenommen und in dem Betrachtungszeitraum 2006 bis 2010 hat sich der Bestand in 2010 erstmals verringert. Dies ist bei genauerer Betrachtung auf einen Bestandsabgang bei Kindern zurückzuführen. In 2009 waren noch 2.075.200 Kinder über Zahntarife versichert. 2010 waren es nur noch 1.885.700 Kinder die einen Zahntarif versichert hatten.

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 Zahnergänzungsbereich 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	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Krankentagegeldversicherung*	3.595.500	3.536.600	3.450.800	3.404.000	3.371.300	3.337.000
Veränderung absolut	58.900	85.500	46.800	32.700	34.300	100.100
Veränderung in Prozent	1,7	2,49	1,37	0,97	1,03	3,09
Krankenhaustagegeldversicherung	8.242.500	8.333.900	8.449.900	8.545.700	8.648.100	8.743.800
Veränderung absolut	- 91.400	- 116.000	- 95.800	- 102.400	- 95.700	- 97.900
Veränderung in Prozent	-1,1	-1,37	-1,12	-1,18	-1,09	-1,11
Pflegezusatzversicherung	1.882.600	1.699.500	1.500.500	1.316.200	1.174.000	988.800
Veränderung absolut	183.100	199.000	176.900	142.200	185.200	155.900
Veränderung in Prozent	10,8	13,26	15,64	12,11	18,73	18,72

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

Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2011

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 Versicher-

ten die Versorgungslücke hier wirklich bewusst ist, denn trotz des Absicherungsbedarfes in Folge längerer Arbeitsunfähigkeit spiegelt sich dies in der Entwicklung der Krankentagegeldversicherung aktuell nicht wieder.

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

Bei der Pflegezusatzversicherung ist ein starkes Wachstum zu beobachten. Dies ist besonders interessant, da die Marktdurchdringung in diesem Bereich noch gering ist. Die Versorgungslücke ist groß und das Bewusstsein der Menschen für das Risiko ist ebenfalls groß. Dies sind beste Voraussetzungen für ein erhebliches zukünftiges 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, Ergänzungsschutz 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)?

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.

50 >> Trends im Markt der Ergänzungsversicherungen

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 >> 51

Anhang

Synopsis 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) ■ Zusatzversicherte: alle in der GKV oder PKV versicherten Personen
Beiträge	seit 01.01.2009 einheitlicher Beitragssatz, seit 2011 festgeschrieben auf 15,5 % (Gesundheitsfonds); sie richten sich nach dem Einkommen des Versicherten (bis max. zur Beitragsbemessungsgrenze) und nach dem Beitragssatz zuzüglich eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages; Umlageverfahren – keine Alterungsrückstellungen	individuell, sie richten sich nach Eintrittsalter, Geschlecht nur noch bis 20.12.2012, Gesundheitszustand und dem gewünschten Versicherungsschutz; Kapitaldeckungsverfahren – Ansparrung 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.).
- Beim ersten Wechsel innerhalb der GKV (gerechnet ab dem Jahr 2002) ist in der „alten“ Kasse keine Vorversicherungszeit von 18 Monaten zu erfüllen.
- 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 Beitragserhebung 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.

Gesetzestexte

SGB 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 Prozent 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 zu 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.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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 anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, 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, Krankenversichertenkarte

(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 oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen (§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10) oder, soweit sie noch nicht eingeführt ist, einen Krankenschein 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 Krankenversichertenkarte oder der Kranken- oder 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.

(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 Jugendtherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. 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) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20d, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.

§ 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.

§ 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, § 73c, § 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 Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife 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 einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 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 einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 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. Die Krankenkassen haben darüber 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 zugrundeliegen.

§ 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 Einnahmegrenze 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 Gegenbezaehlung 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 Abs. 2 Satz 6 und 7 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

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, 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 bis zum 31. Juli 2007 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 Krankenkasse, soweit erforderlich, zu prüfen. Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 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 der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. 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 Bruttoeinnahmen um den sich 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 des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung) 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 die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches maßgeblich.
- (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) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weiter Anwendung.
- (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.

§ 73c SGB V Besondere ambulante ärztliche Versorgung

(1) Die Krankenkassen können ihren Versicherten die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Abschluss von Verträgen nach Absatz 4 anbieten. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Für die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

(2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung durch nach Absatz 3 verpflichtete Leistungserbringer, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte ist an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer, zu Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten regeln die Krankenkassen in ihren Satzungen.

(3) Die Krankenkassen können zur Umsetzung ihres Angebots nach Absatz 1 allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Einzelverträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere ambulante Versorgung nach Absatz 1 durch vertragsärztliche Leistungserbringer anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. Soweit die Versorgung der Versicherten durch Verträge nach Satz 1 durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den diesen Versorgungsaufträgen zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwandsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.

(4) In den Verträgen nach Absatz 3 sind das Nähere über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung zu regeln. Gegenstand der Versorgungsaufträge dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. § 106a Abs. 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

(5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach Absatz 1 sowie der daran teilnehmenden Ärzte zu informieren.

(6) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2007 und 2008 entsprechend der Zahl der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen, soweit der damit verbundene einzelvertragliche Leistungsbedarf den

nach § 295 Abs. 2 auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen abgerechneten Leistungsbedarf vermindert. Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der nach Absatz 3 teilnehmenden Versicherten sowie dem in einem Vertrag nach Absatz 3 vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zustande, können auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach Absatz 3 sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern.

§ 175 SGB V Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. 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.

(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.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. 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 ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. 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. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(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 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 242 SGB V Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung

des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.

(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben von

1. Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8 und Absatz 4a Satz 1,
2. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,
3. Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,
4. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie
5. von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des vierten Buches angewendet wird,

soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 20 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angabe von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß den Sätzen 4 und 5 nicht durchzuführen ist.

§ 242a SGB V Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.

§ 242b SGB V Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. § 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrags Absatz 5 entsprechend. Im Falle des Satzes 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.

(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht, und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.

(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten, den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet beziehungsweise von ihnen nachgefordert haben.

(8) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

A

allgemeiner Beitragssatz 20
alternative Heilverfahren 37
Alternativmedizin 37
Alterungsrückstellungen 46
Andersartige Versorgung 30
Arbeitgeberbeitrag 20
Art der Lebensversicherung 46
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
(AMNOG) 15
Arzneimittelrabattgesetz (AMRabG) 16
Auslandsreiseschutz 29

B

Behandlungsprogramme 22
Beiträge 11
Beiträge in der GKV 18
Beitragsentlastungsgesetz 14
Beitragssatz 20
Belastungsgrenzen 17
besondere Versorgungsformen 22
Betriebskosten 33
Bindungsfristen 24
Bonusprogramme 21
Brillen/Kontaktlinsen 38
Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung 15

C

chronisch kranke 17

D

Diagnosis Related Groups-System 12

E

Eigenbeteiligungen 16
einheitliche Beitragssätze 19
Einheitsbeitrag 21
Einkommenssicherung bei Arbeitsunfähigkeit 31
Einstieigerprodukte 44
erfolgsabhängige Rückerstattung 39
ermäßigter Beitragssatz 20
Extraleistungen 21

F

Fallpauschale 12
Festzuschuss 29
Finanzierung der gesetzlichen
Krankenversicherung 19
freie Arztwahl im Krankenhaus 30

Freie Krankenhauswahl 31

G

Gebührensysteem für Ärzte 12
Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) 38
Geldleistung 34
Gesundheitsfonds 21
Gesundheitsmodernisierungsgesetz 49
Gesundheitsreform 2000 14
Gesundheitsreformgesetz 13
Gesundheits-Strukturgesetz 13
GKV-Finanzierungsgesetz 15
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 14
GKV-Neuordnungsgesetz 14
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 15
Gleichartige Versorgung 29

H

Härtefallregelungen 18
Hausarzttarif 23
Haushaltsbegleitgesetz 13
Höchstkrankengeld 31
Hufelandverzeichnis 38

I

integrierte Versorgung 22

K

Kapitaldeckungsverfahren 11
Komfort-Absicherung 44
Kooperationen 49
Kooperationsmöglichkeit 50
Kostenerstattungsprinzip 54
Kostenerstattungstarif 23
Krankengeldtarif 23
Krankenhaustagegeldversicherung 31
Krankentagegeldversicherung 31
Kündigungsfristen beim Kassenwechsel 55
Kündigungsmöglichkeit 20

L

Leistungsdifferenzierungen 21

M

Marktentwicklung 47

N

Naturheilverfahren 37
Naturheilverfahren/Heilpraktiker 37

68 >> Stichwortverzeichnis

O

Optionen 39
Optionstarif 39

P

Partnerschaften zwischen der GKV und der PKV 49
Pauschalleistung 39
Pflegekostenversicherung 35
Pflegepflichtversicherung 33
Pflegerentenversicherung 35
Pflegetagegeldversicherung 36
Pflegeversicherung 33
Pflegezusatzversicherung 36
Pflichtangebote 22
Pflichtversicherte 54
Prämienzahlung bei Leistungseinschränkung 24
Präventionsmaßnahmen 22
Praxisgebühr/Zuzahlungen 38

R

Regelversorgung 29
Rückerstattungsmodelle 39

S

Sachleistungen 34
Sachleistungsprinzip 54
Schadenversicherung 46
Selbstbehalttarif 23
Service- und Beratungsleistungen 22
Solidaritätsprinzip 18
Solidaritätsstärkungsgesetz 14
Sonderkündigungsrecht 24
Stationäre Behandlung 30

T

Träger der GKV 10

U

Umlageverfahren 11

V

Verbraucherwünsche 44
Vermögenssicherung 33
Verträge zur integrierten Versorgung 22
Vollstationäre Pflege 34
Vollversicherte 54
Vorsorgeuntersuchungen 37

W

Wahltarife 22
Wahltarife für besondere Therapierichtungen 24
Wahltarif für besondere ambulante Versorgungsformen 24
Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme 23
Wettbewerbssituation 49

Z

Zahnergänzungsversicherungen 30
Zahnersatz 29
Zusatzbeitrag 20
Zusatzbeiträge 20
Zuzahlungen 16, 17, 38

Continental
Krankenversicherung a. G.
pkv-ratgeber

Ruhrallee 92
44139 Dortmund
info@pkv-ratgeber.de
www.pkv-ratgeber.de