

Wissen für die Praxis

## SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung

Walhalla Rechtshilfen

Bearbeitet von  
Horst Marburger

11., aktualisierte Auflage 2015. Buch. 398 S. Softcover

ISBN 978 3 8029 7314 7

Format (B x L): 12,5 x 18,7 cm

Gewicht: 395 g

[Recht > Sozialrecht > SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](#) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Horst Marburger

WALHALLA

# SGB V

# Gesetzliche Kranken- versicherung

Vorschriften und Verordnungen  
Mit praxisorientierter Einführung

11., aktualisierte Auflage



[ Wissen für die Praxis ]

## WALHALLA Rechtshilfen

... die praktischen Fachratgeber:  
Aktuell – verständlich – preiswert!

### Das zahlt die Krankenkasse!

Alle Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft:

- Versicherter Personenkreis
- Familienversicherung
- Primäre Prävention und Früherkennung
- Krankenbehandlung
- Nachweis der Anspruchsberechtigung
- Ärztliche und zahnärztliche Versorgung
- Wirtschaftlichkeitsgebot
- Krankengeld
- Mitwirkungs- und Meldepflichten
- Verfassung der Krankenkassen
- Hilfe bei Überweisung zum Facharzt
- Beitragszuschüsse, Zusatzbeiträge
- Entlassungsmanagement nach Krankenhausbehandlung

Hilfreich für alle Versicherten, Sozialleistungsträger sowie für Rechtsanwälte.

„Eine solide und verständliche Darstellung; jedem Krankenversicherten dringend zur Anschaffung empfohlen.“ *socialnet*

*Horst Marburger*, Oberverwaltungsrat a. D., langjähriger Abteilungsleiter bei der AOK Baden-Württemberg. Der Experte auf dem Gebiet der sozialen Leistungen ist Lehrbeauftragter an der Hagen Law School. Erfolgreicher Fachautor.

Horst Marburger

**SGB V**

---

**Gesetzliche Kranken-**

---

**versicherung**

---

Vorschriften und Verordnungen  
Mit praxisorientierter Einführung

11., aktualisierte Auflage

WALHALLA Rechtshilfen



WALHALLA

**Hinweis:** Unsere Fachratgeber informieren Sie nach bestem Wissen. Die vorliegende Ausgabe beruht auf dem Stand von Oktober 2015. Verbindliche Auskünfte holen Sie gegebenenfalls bei Ihrem Rechtsanwalt ein.

**WALHALLA Digital:**

Mit den WALHALLA E-Books bleiben Sie stets auf aktuellem Stand! Auf [www.WALHALLA.de](http://www.WALHALLA.de) finden Sie unser komplettes E-Book- und App-Angebot. Klicken Sie doch mal rein!

Wir weisen darauf hin, dass Sie die gekauften E-Books nur für Ihren persönlichen Gebrauch nutzen dürfen. Eine entgeltliche oder unentgeltliche Weitergabe oder Leihe an Dritte ist nicht erlaubt. Auch das Einspeisen des E-Books in ein Netzwerk (z. B. Behörden-, Bibliotheksserver, Unternehmens-Intranet) ist nicht erlaubt.

Sollten Sie an einer Serverlösung interessiert sein, wenden Sie sich bitte an den WALHALLA-Kundenservice; wir bieten hierfür attraktive Lösungen an: Tel. 0941 5684-209

© Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg  
Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.  
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellnummer: 7314600

# Schnellübersicht

Grundlagenwissen Krankenversicherung	7
Abkürzungen	9
<hr/>	
Einführung	11
<hr/>	
Gesetzliche Grundlagen	51
<hr/>	
Stichwortverzeichnis	395
<hr/>	

1

2

3

4



## Grundlagenwissen Krankenversicherung

Wer krankenversichert ist, hat Anspruch auf Leistungen zur Gesundheitsförderung, im Krankheitsfall sowie während der Schwangerschaft und Mutterschaft. Die gesetzliche Krankenversicherung zählt deshalb zu den wichtigsten Bereichen der Sozialversicherung.

Dieser WALHALLA Fachratgeber informiert über:

- die Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung
- die Regelungen über Versicherungspflicht und -freiheit
- die Vorschriften über die Beitragszahlung
- das Melderecht

Um die solidarische gesetzliche Krankenversicherung bezahlbar und trotzdem leistungsstark zu halten, war sie in den letzten Jahren umfassenden Änderungen ausgesetzt. Hier eine Übersicht der wichtigsten „Reformen“:

- Ende 2010 wurde die Finanzierung der Krankenkassen neu geregelt (GKV-Finanzierungsgesetz).
- Das Versorgungsstrukturgesetz brachte zum 1. 1. 2012 Modifikationen im Zusammenhang mit den Vertragspartnern der gesetzlichen Krankenkassen.
- Das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes sieht seit 1. 8. 2012 Krankengeld und weitere Leistungen für Spender von Organen und Geweben vor.
- Seit 30. 10. 2012 sind die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im SGB V (vormals in der Reichsversicherungsordnung) geregelt.
- Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. 7. 2013 brachte zahlreiche Änderungen mit sich. Gleiches gilt für das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) vom 3. 4. 2013.
- Das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. 7. 2014 brachte erhebliche Änderungen im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung sowie bezüglich der Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Das Gesetz ist am 1. 1. 2015 in Kraft getreten.
- Das Fünfte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) hat zahlreiche Änderungen, insbesondere im Meldewesen gebracht. Es ist zu verschiedenen Zeitpunkten in Kraft getreten bzw. tritt erst in Kraft.
- Erhebliche Änderungen im SGB V hat das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 16. 7. 2015 zur Folge. Im Wesentlichen ist dieses Gesetz zum 23. 7. 2015 wirksam geworden. Es



änderte zahlreiche leistungsrechtliche Vorschriften. So wurde z. B. das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung eingeführt. Außerdem wurde das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung neu geregelt. Wichtig ist auch, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert wurde. Dieser umfasst nun auch die angemessene und zeitnahe zur Verfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Damit reagierte der Gesetzgeber auf zahlreiche Klagen darüber, dass Kassenpatienten Termine bei einem Facharzt erst nach langen Wartezeiten erhielten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dazu bis 23. 1. 2016 Terminservicestellen einzurichten.

- Weitere Änderungen des SGB V brachte das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. 7. 2015, das im Wesentlichen am 25. 7. 2015 in Kraft getreten ist. Unter anderem wurde § 2b SGB V neu eingeführt. Danach ist bei den Leistungen der Krankenkassen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Krankenkassen haben nunmehr in ihrer Satzung Leistungen zur Verhinderung und Vermeidung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten vorzusehen. Die Krankenkassen haben eine nationale Präventionsstrategie festzulegen.

Praxisnah erläutert die nachfolgende Einführung Bedeutung und Tragweite des SGB V und macht es leicht, einen Überblick über das aktuelle Krankenversicherungsrecht zu gewinnen.

*Horst Marburger*

## Abkürzungen

5. SGB IV-ÄndG	Fünftes Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze
Abs.	Absatz
AMNOG	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BVA	Bundesversicherungsamt
DEÜV	Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
Ersk	Ersatzkasse
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-BSV	GKV-Beitragssatzverordnung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
JAE	Jahresarbeitszeit
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz
KSVG	Künstlersozialversicherungsgesetz
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
MuSchG	Mutterschutzgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PrävG	Präventionsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB I	Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (Allgemeiner Teil)
SGB II	Sozialgesetzbuch – Zweites Buch (Grundsicherung für Arbeitsuchende)
SGB IV	Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung)
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB VI	Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch (Gesetzliche Rentenversicherung)
SGB X	Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (Verwaltungsverfahren und Datenschutz)

SGB XI

Sozialgesetzbuch – Elftes Buch  
(Soziale Pflegeversicherung)

SGB XII

Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch  
(Sozialhilfe)

## 2 Einführung

Grundsätze des SGB V .....	13
Versicherter Personenkreis .....	14
Private Krankenversicherung .....	18
Familienversicherung .....	19
Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung .....	21
Wirtschaftlichkeitsgebot .....	23
Leistungen zur Prävention .....	24
Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten .....	25
Krankenbehandlung .....	26
Eigenbeteiligung .....	27
Nachweis der Anspruchsberechtigung .....	30
Ärztliche und zahnärztliche Versorgung .....	31
Ärztliche Zweitmeinung .....	33
Grundzüge des Vertragsarztrechts .....	34
Wahltarife .....	34
Krankengeld .....	36
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft .....	38
Leistungsausschlüsse .....	39
Krankenkassen .....	39
Ausübung des Wahlrechts .....	41
Organisation und Verfassung der Krankenkassen .....	43
Mitwirkungs- und Meldepflichten .....	44
Beitragspflicht .....	45
Beitragssätze .....	47
Wer die Beiträge zu zahlen hat .....	48
Sonderfall: Entgelt in der Gleitzone .....	48
Beitragszuschüsse .....	48



## Einführung in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

### Grundsätze des SGB V

Die gesetzliche Krankenversicherung steht immer wieder im Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen. Ihre enge Verknüpfung mit dem deutschen Gesundheitswesen führt dazu, dass sie mit diesem gewissermaßen gleichgestellt wird.

Da allgemein davon ausgegangen wird, dass das deutsche Gesundheitswesen sehr teuer ist, wird auch die gesetzliche Krankenversicherung als sehr teuer – oft wird behauptet, als zu teuer – angesehen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist einer der ältesten Sozialversicherungszweige. Ursprünglich war sie im Krankenversicherungsgesetz, später in der Reichsversicherungsordnung geregelt. Seit 1. 1. 1989 ist sie in das Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen. Die Rechtsgrundlagen für die Krankenversicherung finden sich im Fünften Buch des SGB, also im SGB V.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein sogenannter klassischer Sozialversicherungszweig. Sie ruht auf den Säulen:

- Solidarität der Gesunden mit den Kranken
- Finanzierung in erster Linie durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber (hier gibt es aber erhebliche Ausnahmen)
- Selbstverwaltung (wird durch Arbeitgebervertreter und Vertreter der Versicherten wahrgenommen)

Solidarität der Gesunden mit den Kranken bedeutet, dass die Gesunden gewissermaßen für die Kranken aufkommen, das heißt die Kosten der Krankheiten bzw. deren Bekämpfung tragen.

**Wichtig:** Die Familienangehörigen (Ehegatten, Kinder) sind kostenfrei mitversichert. Gerade hier setzt sehr oft Kritik am derzeitigen System an. Oftmals wird gefordert, die Familienangehörigen ebenfalls zur Finanzierung heranzuziehen.

In den letzten Jahren ist die Eigenverantwortung der Versicherten stärker in den Vordergrund getreten. Sie sind mit erheblichen Eigenanteilen belastet worden (beachten Sie dazu die nachfolgenden Ausführungen).

§ 1 SGB V trägt die Überschrift „Solidarität und Eigenverantwortung“. Danach hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen,

den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei haben die Krankenkassen den Versicherten mit Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. Sie haben in diesem Zusammenhang den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen (§ 2b SGB V).

Seit 1. 4. 2007 werden die Versicherten mit einem Versorgungsmanagement unterstützt, das insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche helfen soll. Verpflichtet werden die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser), die für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten sorgen und sich gegenseitig die notwendigen Informationen übermitteln. Bei Erfüllung dieser Aufgabe werden sie von den Krankenkassen unterstützt.

Ergänzend hierzu bestimmt § 39 Abs. 1a SGB V über ein Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung. Es dient zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern (zugelassene Ärzte und medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) vereinbaren, dass sie Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. Der Versicherte (Patient) hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung im Fall der Entlassung. Soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.

Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen, und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Bei Arzneimitteln kann die kleinste Packungsgröße verordnet werden. Einzelheiten werden in einem Rahmenvertrag geregelt.

## Versicherter Personenkreis

Die Krankenversicherung war ursprünglich eine Versicherung der Arbeitnehmer. Im Laufe der Zeit sind aber weitere Personengruppen in den Schutz der Solidargemeinschaft mit einbezogen worden: Familienangehörige, Rentner, Arbeitslose, freiwillig Versicherte.

In erster Linie ist die gesetzliche Krankenversicherung eine Pflichtversicherung. Allerdings können Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, freiwilliges Mitglied bleiben (Weiterversicherung). Einige Personengruppen können auch ohne vorherige Versicherung freiwilliges Mitglied werden.

Rechtsgrundlage ist § 9 SGB V. Danach werden Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z. B. private Krankenversicherung) nachweisen, freiwillig krankenversichert (§ 188 Abs. 4 SGB V). Eine Vorversicherungszeit oder die Einhaltung einer Anmeldefrist ist nicht notwendig (sog. obligatorische Anschlussversicherung).

Endet die Familienversicherung, wird die bisherige Familienversicherung freiwillig fortgesetzt. Auch hier ist keine Vorversicherungszeit erforderlich.

Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, können der Versicherung freiwillig beitreten, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen.

Arbeitnehmer und Auszubildende, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, unterliegen der Krankenversicherungspflicht. Allerdings sind Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze) übersteigt, versicherungsfrei. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

Zwischen den Jahren 2007 bis 2010 musste das Bruttoarbeitsentgelt dreimal in Folge die JAE-Grenze überschreiten. Mit Wirkung ab 31. 12. 2010 ist diese „3-Jahres-Hürde“ entfallen. Es reicht nun aus, dass in einem Jahr die Grenze überschritten wird. Das Entgelt muss aber auch über der JAE-Grenze des Folgejahres liegen.

Die Mitgliedschaft bei der jeweiligen Krankenkasse endet für die angesprochenen Personen zum 31. 12. des Jahres, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.

Es ist weiterhin erforderlich, dass die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung erfüllt sind (Vorversicherungszeit).

In den Jahren 2007 bis 2015 galten bzw. gelten folgende Grenzbeträge:

#### **Jahresarbeitsentgeltgrenzen 2007 bis 2015**

Jahr	Zeitraum	Alte und neue Bundesländer
2007	Jahr	47 700,00 EUR
	Monat	3 975,00 EUR
2008	Jahr	48 150,00 EUR
	Monat	4 012,50 EUR
2009	Jahr	48 600,00 EUR
	Monat	4 050,00 EUR



## Jahresarbeitsentgeltgrenzen 2007 bis 2015

Jahr	Zeitraum	Alte und neue Bundesländer
2010	Jahr	49 950,00 EUR
	Monat	4 162,50 EUR
2011	Jahr	49 500,00 EUR
	Monat	4 125,00 EUR
2012	Jahr	50 850,00 EUR
	Monat	4 237,50 EUR
2013	Jahr	52 200,00 EUR
	Monat	4 350,00 EUR
2014	Jahr	53 550,00 EUR
	Monat	4 462,50 EUR
2015	Jahr	54 900,00 EUR
	Monat	4 575,00 EUR

Angesprochen sind hier lediglich die „normalen“ JAE-Grenzen. Für Personen, die am 31. 12. 2002 die damalige JAE-Grenze mit ihrem Entgelt überschritten hatten und damals Mitglied in einem privaten Krankenversicherungsunternehmen waren, gilt eine besondere Grenze. Hier galt im Jahr 2007 eine JAE-Grenze von 42 750 Euro (monatlich: 3 562,50 Euro). 2008 waren 43 200 Euro (monatlich: 3 600 Euro) maßgebend. 2009 galten 44 100 Euro (monatlich: 3 675 Euro), 2010 galten 45 000 Euro (monatlich: 3 750 Euro). 2011 waren 44 550 Euro maßgebend (monatlich: 3 712,50 Euro), 2012 galten 45 900 Euro (monatlich: 3 825 Euro) und 2013 waren 47 300 Euro (monatlich 2 275 Euro) zu beachten. 2014 galten 48 600 Euro (monatlich 4 050 Euro), 2015 sind 49 500 Euro (monatlich 4 325 Euro) maßgebend.

Sowohl die allgemeine als auch die besondere JAE-Grenze werden jährlich angepasst. So bestimmt § 6 Abs. 6 SGB V, dass sich die allgemeine JAE-Grenze zum 1. 1. eines jeden Jahres in dem Verhältnis ändert, in dem die Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer zur Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorangegangenen Kalenderjahr steht. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die JAE-Grenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die JAE-Grenzen jährlich in einer Rechtsverordnung fest.

Nach den einzelnen Vorschriften des § 5 SGB V sind pflichtversichert: Angestellte, Arbeiter, Arbeitslose (Bezieher von Arbeitslosengeld I nach SGB III oder Arbeitslosengeld II nach SGB II, sog. „Hartz IV“), Auszubildende, behinderte Menschen (auch: Beschäftigte in Einrichtungen der Jugendhilfe), Berufspraktikanten – Arbeitsentgelt wird nicht gewährt –, Eignungsübungsteilnehmer, Hilfsdienstleistende (freiwilliges

soziales bzw. freiwilliges ökologisches Jahr), Künstler (Selbstständige), Kurzarbeitergeldbezieher, Publizisten (Selbstständige), Landwirte (auch: Selbstständige und mitarbeitende Familienangehörige), Studenten, Rentenantragsteller, Rentner, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung.

Versicherungspflichtig sind zudem Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Sie müssen entweder zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert gewesen sein. Ausgenommen sind hauptberuflich selbstständige und versicherungsfreie Personen (z. B. Beamte). Die Bundesregierung hat hier ihr ehrgeiziges Vorhaben verwirklicht, dass alle Bürger krankenversichert sind.

Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeitnehmer zählen auch Bezieher von Vorruhestandsgeld. Während der Zeit einer Freistellung von der Arbeitsleistung besteht unter bestimmten Voraussetzungen eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt (z. B. Arbeitnehmer in Altersteilzeit).

Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrags nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung gleich. Gleiches gilt seit 1. 1. 2012 für Teilnehmer an dualen Studiengängen.

Nicht versicherungspflichtig ist, wer hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist.

Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das gilt auch, wenn eine Familienversicherung eintritt (beachten Sie dazu die nachfolgenden Ausführungen).

Bestimmte Personen, die der Gesetzgeber nicht als schutzwürdig in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung ansieht, sind versicherungsfrei: Dazu zählen die oben behandelten Arbeitnehmer, die mit ihrem Arbeitsentgelt die JAE-Grenze übersteigen. Versicherungsfrei sind gemäß § 6 SGB V im Übrigen beispielsweise Beamte, Richter, Zeit- und Berufssoldaten, Geistliche, satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und vergleichbare Personen. Allgemein versicherungsfrei in der Sozial- und damit auch in der Krankenversicherung sind geringfügig Beschäftigte (z. B. 450-Euro-Beschäftigte). Allerdings muss der Arbeitgeber Pauschalbeiträge bei geringfügig entlohnten Beschäftigten zahlen.

Nicht der Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer unterliegen Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studie-

rende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind.

Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig waren. Der vorstehenden Voraussetzung steht die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer aufgeführten Person gleich. Die Versicherungsfreiheit wegen Vollendung des 55. Lebensjahres gilt nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II und für bisher nicht krankenversicherte Personen.

### Private Krankenversicherung

Der Gesetzgeber bezweckt mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, allen Bürgern einen Krankenversicherungsschutz zu beschaffen. Er beschränkt sich dabei nicht auf die gesetzliche Krankenversicherung, sondern hat auch die Private Krankenversicherung (PKV) mit einbezogen. Besonders bedeutsam ist hier die Vorschrift des § 315 SGB V. Die Regelung ist überschrieben mit „Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz“.

In Absatz 1 ist eine Gruppe von Personen aufgeführt, die bis zum 31. 12. 2008 Versicherungsschutz bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verlangen konnte. Angesprochen waren Personen, die

- in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versichert oder nicht versicherungspflichtig sind
- über keine private Krankheitsvollversicherung verfügen
- keinen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, nicht beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben
- keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, keine Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII beziehen.

Eine Zusatzversicherung in der privaten Krankenversicherung würde die Anwendung des § 315 SGB V nicht ausschließen. Vielmehr können sogar beihilfeberechtigte Personen die Beihilfe als ergänzende Absicherung im Standardtarif verlangen. Voraussetzung ist, dass sie bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen. Außerdem dürfen sie nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein.

Freie Heilfürsorge steht beispielsweise Soldaten zu.

Risikozuschläge dürfen für die vorstehend aufgeführten Personen nicht verlangt werden.

Für die nach § 315 SGB V privat krankenversicherten Personen darf der Beitrag den durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. § 315 Abs. 2 SGB V verweist hier auf § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2b SGB V. Dort ist eine Verpflichtung der PKV enthalten, für Personen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten. Der Beitrag dieses Tarifs darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten.

Für Ehegatten oder (gleichgeschlechtliche) Lebenspartner dürfen insgesamt 150 % des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten werden. Allerdings gilt die für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene Beitragsbegrenzung für nach § 315 Abs. 1 SGB V versicherte Personen nicht.

Die Vorschrift des § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt entsprechend. Entsteht hiernach allein durch die Beitragszahlung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte.

Zum 1. 1. 2009 wurde der beschriebene Standardtarif in einen neuen Basistarif überführt. Bis 30. 6. 2009 bestand eine Wechselmöglichkeit in den Basistarif anderer privater Versicherungsunternehmen.

## Familienversicherung

Der kostenlosen Familienversicherung gehören an:

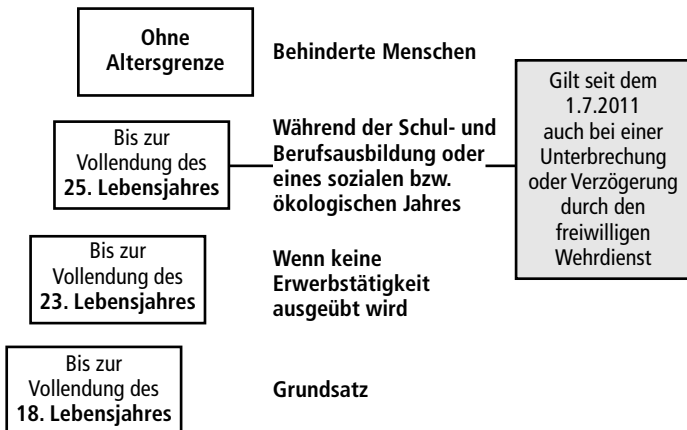
- Ehegatte bzw. Lebenspartner
- Kinder
- Kinder von familienversicherten Kindern

Voraussetzung ist unter anderem, dass keine Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften besteht. Außerdem dürfen die Familienangehörigen nicht hauptamtlich selbstständig erwerbstätig sein. Ferner dürfen sie kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße überschreitet. 2015 sind hier 405 Euro maßgebend. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Ist der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und übersteigt sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der JAE-Grenze, sind auch die mit ihm verwandten Kinder von der Familienversicherung ausgeschlossen. Außerdem muss sein Einkommen regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds sein. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt. Das gilt im Übrigen auch in Zusammenhang mit dem Gesamteinkommen.

## Bis zu welchem Alter können Jugendliche über die Eltern familienversichert sein?

Die Familienversicherung kennt verschiedene Altersgrenzen.



**Wichtig:** Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres können auch Teilnehmer an einem Bundesfreiwilligendienst, einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens 12 Monaten familienversichert sein.

**Wichtig:** Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres können auch Teilnehmer an einem Bundesfreiwilligendienst, einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens zwölf Monaten familienversichert sein.

Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder. Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden, nicht als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

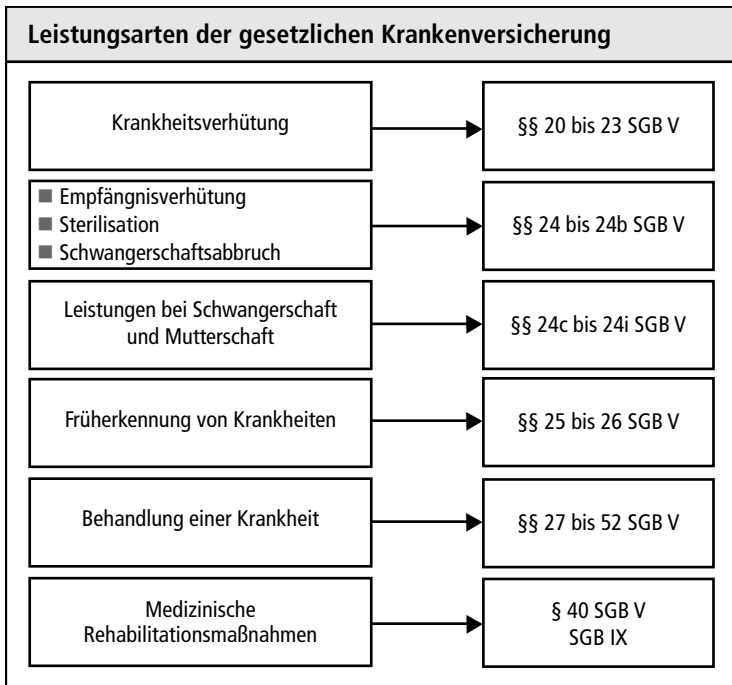
Sind die Voraussetzungen für den Anspruch aus der Familienversicherung mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse. Beachten Sie zur zuständigen Krankenkasse die nachfolgenden Ausführungen.

Das Mitglied der Krankenkasse ist verpflichtet, die Familienversicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie Änderungen dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden.

### Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung

Nach § 2 SGB V haben die Krankenkassen den Versicherten die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung zu stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapieeinrichtungen sind nicht ausgeschlossen.

Hier sind nicht „neue“ Behandlungsmethoden gemeint bzw. Behandlungsmethoden, die noch nicht genügend erprobt sind. Ihre Anwendung darf von den Krankenkassen nur bezahlt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss sie in diesem Sinne anerkannt hat.



In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 SGB V in zahlreichen Fällen Einzelheiten der Versorgung mittels Richtlinien regelt. Hierzu gehören beispielsweise Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die Richtlinien zu Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten.

Darüber hinaus sind Richtlinien zur zahnärztlichen Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie der kieferorthopädischen Behandlung ergangen. In diesem Zusammenhang sind die §§ 55 bis 57 SGB V zu beachten, die die Leistung „Zahnersatz“ regeln. Hier wird die Gewährung sogenannter Festzuschüsse vorgeschrieben. Diese betragen 50 % des für die jeweilige Regelversorgung festgelegten Betrags. Sie erhöhen sich für eigene Bemühungen (Zahnpflege) um bis zu 30 %. Außerdem gibt es besondere Härtefallregelungen (in § 55 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat in § 92 SGB V die Regelung eingeführt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 30. 6. 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots zu beschließen hat. Insbesondere geht es um die Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, um die Förderung der frühzeitigen, diagnostischen Abklärung, die Akutversorgung zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie um die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Neu ist seit 23. 7. 2015 zudem, dass der Gemeinsame Bundesausschuss neue Versorgungsformen fördert. Dabei werden insbesondere Vorhaben unterstützt, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Nach § 11 Abs. 6 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen. Sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. § 11 Abs. 6 SGB V bestimmt, welche Leistungsarten vorgesehen werden dürfen.

## Wirtschaftlichkeitsgebot

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 SGB V geregelt. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Im Allgemeinen erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 SGB V). Allerdings ist hier § 13 SGB V zu beachten. Dort werden Möglichkeiten benannt, die Leistungen in Form einer Kostenerstattung zu erbringen. Das ist aber nur möglich, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist (§ 13 Abs. 1 SGB V).

Hier sind zwei Tatbestände zu unterscheiden: Konnte (nach § 13 Abs. 3 SGB V) die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten.

Im Rahmen des Europäischen Sozialrechts sind die Versicherten im Übrigen unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, wenn im europäischen Ausland Leistungen erbracht wurden.

**Wichtig:** Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen (§ 13 Abs. 2 SGB V). Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer (z. B. Arzt, Krankenhaus) hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von den Versicherten zu tragen sind. Die Versicherten haben die freie Wahl, sich auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen zu beschränken, der von der Krankenkasse übernommen wird.

Nicht zugelassene Leistungserbringer (z. B. Ärzte) 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.

Hat ein Arzt allerdings auf die Zulassung verzichtet, ist eine Kostenerstattung nicht möglich.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.



Auf der Basis der Satzung der Krankenkasse ist das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 % in Abzug bringen.

Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

2

## Leistungen zur Prävention

Nach § 20 SGB V in der seit 25. 7. 2015 geltenden Fassung sehen die Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für diese Leistungen fest. Er bestimmt außerdem die Anforderungen sowie ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen sicherzustellen.

§ 20 Abs. 3 SGB V legt bestimmte Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention fest. Hier geht es beispielsweise darum, bei Diabetes mellitus Typ 2 das Erkrankungsrisiko zu senken, Erkrankte früh zu erkennen und zu behandeln. Bei Brustkrebs soll die Mortalität vermindert und die Lebensqualität erhöht werden. Weiterhin soll der hohe Tabak- und Alkoholkonsum reduziert werden.

Nach § 20d SGB V entwickeln die Krankenkassen im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Rentenversicherungsträgern, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e SGB V. Die Nationale Präventionskonferenz ist eine Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen der Leistungsträger. Zur Umsetzung werden Rahmenvereinbarungen geschlossen (§ 20f SGB V).

Im Übrigen sollen die Krankenkassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben (§ 20h SGB V).

§§ 20b und 20c SGB V enthalten Vorschriften über Leistungen der Krankenkassen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und der Prävention gegenüber arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

§ 20i SGB V regelt den Anspruch auf Schutzimpfungen. Die Versicherten haben nunmehr einen Anspruch auf Kostenübernahme für Impfungen durch die Krankenkassen. Ausgenommen sind nur noch solche Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen privaten Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos erforderlich sind. Sollte jedoch die Gefahr der Verschleppung einer übertragbaren Krankheit bestehen, wird dennoch die Impfung übernommen.

Die §§ 21, 22 SGB V sehen Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen vor. Dabei wird zwischen der Gruppenprophylaxe und der Individualprophylaxe unterschieden. Beide Maßnahmentearten dienen der Verhütung von Zahnerkrankungen.

Medizinische Vorsorgeleistungen (z. B. Kuren) regeln die §§ 23, 24 SGB V. Gemeint sind hier insbesondere auch die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (sogenannte Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren).

**Wichtig:** Versicherte haben zudem einen Rechtsanspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung.

Zu den Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten zählen die Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V), der Schwangerschaftsabbruch und die Sterilisation. Die Sterilisation muss aufgrund von Krankheit erforderlich sein.

Leistungen der Krankenversicherung bei Schwanger- und Mutterschaft sind in den §§ 24c bis 24i SGB V beschrieben.

## Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen. Außerdem dienen die Untersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und einer darauf abgestimmten präventionsorientierten Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. In diesem Zusammenhang bestimmt § 25 SGB V den Einsatz organisierter Früherkennungsprogramme.

Rechtsgrundlage für diese Untersuchungen ist § 25 SGB V, Einzelheiten ergeben sich aus den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das gilt auch bezüglich der Kinderuntersuchungen, die in § 26 SGB V vorgesehen sind. Danach haben versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersu-

chungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zählen insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Krankheitsrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen der Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlensenkung.

Nach § 22a Abs. 1 SGB V haben versicherte Menschen mit Behinderung Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung einbezogen werden.

**Wichtig:** Unter Umständen wirkt es sich negativ auf die Zuzahlungspflicht der Versicherten aus, wenn sie Vorsorgemaßnahmen nicht in Anspruch nehmen (beachten Sie dazu die nachfolgenden Ausführungen).

## Krankenbehandlung

Gemäß § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dabei wird zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterschieden.

Nicht für die Krankenbehandlung zugelassene Leistungen können nach § 2 Abs. 1a SGB V von Versicherten beansprucht werden, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Sie müssen an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder zumindest an einer wertmäßig vergleichbaren Erkrankung leiden. Für diese Erkrankung darf keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung zur Verfügung stehen. Außerdem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehen. Die Krankenkasse erteilt für solche Leistungen vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen.

Die Leistungen der Krankenbehandlung werden in den §§ 27 bis 51 SGB V geregelt.

Rechtsgrundlage für die Gewährung von Krankenhausbehandlung ist § 39 SGB V. Dort findet sich auch eine Bestimmung über die Eigenbeteiligung der Versicherten. Diese Eigenbeteiligung gibt es bei zahlreichen Leistungen:

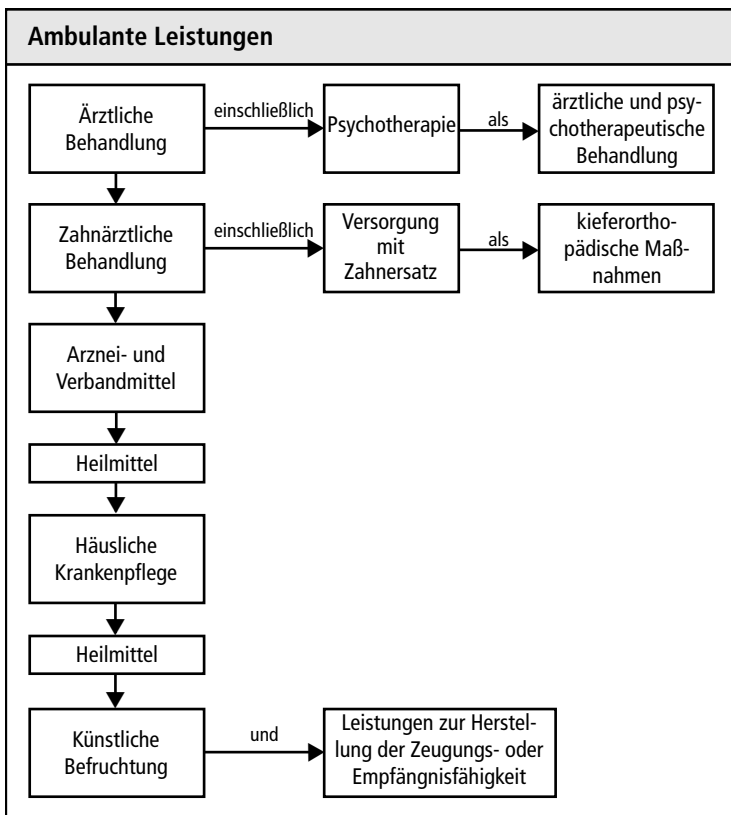
## Eigenbeteiligung

Kassenleistungen	Zuzahlungen	Ausnahmen
Arznei- und Verbandmittel	10 % des Preises, jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR pro Arzneimittel. In jedem Fall sind nicht mehr als die Kosten des Mittels zu zahlen.	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Fahrtkosten (bei ambulanten Fahrten werden sie nur noch in besonderen Ausnahmefällen übernommen, vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich)	10 % des Fahrpreises, mindestens 5 EUR und höchstens 10 EUR. Mehr als die Kosten des Fahrpreises sind nicht zu zahlen.	Keine (auch nicht für Kinder und Jugendliche)
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten des Mittels, zuzüglich 10 EUR je Verordnung	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Haushaltshilfe	10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 EUR und mindestens 5 EUR	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Heilmittel	10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 EUR je Verordnung	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Hilfsmittel	10 % der Kosten für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR. In jedem Fall sind nicht mehr als die Kosten des Mittels zu bezahlen.	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Krankenhausbehandlung	10 EUR pro Tag	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr</li> <li>■ 18. Lebensjahr noch nicht vollendet</li> </ul>
Mütter- bzw. Väterkuren	10 EUR pro Tag	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 EUR und mindestens 5 EUR	18. Lebensjahr noch nicht vollendet
Stationäre Vorsorge und Rehabilitation	10 EUR pro Tag	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ bei Anschlussheilbehandlungen: Begrenzung auf 28 Tage im Kalenderjahr</li> <li>■ 18. Lebensjahr noch nicht vollendet</li> </ul>

2

Als sozialen Ausgleich zu den Zuzahlungsbestimmungen sieht § 62 SGB V vor, dass Versicherte während jedes Kalenderjahres Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine weiteren Zuzahlungen zu leisten sind.

Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.



Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke erhöht sich aber auf 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, wenn die angebotenen Gesundheitsuntersuchungen bzw. Früherkennungsmaßnahmen nicht in Anspruch genommen worden sind.

Angesprochen sind zunächst chronisch kranke Versicherte, die nach dem 1. 4. 1972 geboren sind. Für sie gilt der Satz von 2 %, wenn sie seit dem 1. 1. 2008 die in § 25 Abs. 1 SGB V vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen vor der (chronischen) Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Die 2-Prozent-Regelung gilt auch für nach dem

- 1. 4. 1987 geborene weibliche Versicherte,
- 1. 4. 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte,

die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung besteht. Weitere Voraussetzung ist, dass sie diese Untersuchung vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Von der Neuregelung für den Bereich des sogenannten „Gesundheits-Check-Ups“ nach § 25 Abs. 1 SGB V werden Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr erfasst. Für Krebsvorsorgeuntersuchungen gilt dies für Frauen und Männer ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Eine rückwirkende Sanktion für die Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Vergangenheit gibt es nicht.

Die Mitwirkung chronisch kranker Patienten an den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V gilt ebenfalls als Ausdruck der besonderen Eigenverantwortung. Für Versicherte, die die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen versäumt haben, die aber nach Ausbruch der Erkrankung an einem solchen Programm teilnehmen, gilt deshalb gleichfalls die niedrigere Belastungsgrenze.

Im Übrigen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien festgelegt, welche Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Die weitere Dauer der Behandlung einer chronischen Erkrankung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und – soweit erforderlich – vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu prüfen.

Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Ein solches therapiegerechtes Verhalten liegt beispielsweise bei Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V vor. Ausgenommen sind Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nicht zumutbar ist. Unzumutbarkeit besteht insbesondere bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem SGB XI (Soziale

Pflegeversicherung) 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 Gesundheits- bzw. Früherkennungsuntersuchungen hinzuweisen.

Die Definition einer schwerwiegenden chronischen Krankheit ist in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten. Danach ist eine Krankheit schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung).

Außerdem muss eines der folgenden Merkmale vorhanden sein:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III nach dem SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die obige Krankheit (Dauerbehandlung) begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche Behandlung erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Dauerbehandlung notwendig machenden Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Sowohl die Dauerbehandlung als auch das Vorliegen des kontinuierlichen Behandlungserfordernisses werden durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen. Als Nachweis für den GdB oder die MdE sowie die Pflegestufe sind die entsprechenden bestandskräftigen amtlichen Bescheide in Kopie vorzulegen.

Im Bereich der Leistung „Zahnersatz“ gibt es eine besondere Härtefallregelung.

### Nachweis der Anspruchsberechtigung

§ 15 Abs. 2 SGB V regelt, dass Versicherte, die ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, dem Arzt (Zahnarzt) vor Beginn der Behandlung ihre Krankenversichertenkarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen haben.

Die Karte gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft bei der ausstellenden Krankenkasse. Sie ist nicht übertragbar. Die Krankenkasse kann die Gültigkeit der Karte befristen. Die Krankenkassen sind gesetzlich (§ 15

Abs. 6 SGB V) verpflichtet, einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.

§ 291 SGB V sieht vor, dass die Krankenversichertenkarte mit einem Lichtbild auszustatten ist. Gleichzeitig bestimmt § 290 Abs. 2 SGB V, dass die Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu erweitern ist.

Seit 2015 gilt bundesweit die elektronische Gesundheitskarte, die auch als Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card – EHIC) zu verwenden ist.

## Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Nach § 28 Abs. 1 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung 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 vom Arzt angeordnet wird und von ihm zu verantworten ist. In den Bundesmantelverträgen war bis 30. 6. 2012 beispielhaft zu regeln, welche Tätigkeiten diese Personen erbringen können und welche Anforderungen zu erfüllen sind.

Die zahnärztliche Behandlung umfasst gemäß § 28 Abs. 2 SGB V die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ausreichend und zweckmäßig ist.

Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. In diesem Zusammenhang wird von der vertragsärztlichen (früher: kassenärztlichen) Behandlung gesprochen. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wird in den §§ 72 bis 76 SGB V geregelt. Die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten erbringen:

- Ärzte
- Zahnärzte
- Psychotherapeuten
- medizinische Versorgungszentren
- Krankenkassen

Die vertragsärztliche Versorgung wird im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. Die Regelung hat so zu erfolgen, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.



Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

2

Der Gesetzgeber stärkte mit Wirkung ab 1. 4. 2007 die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung erheblich. So ist § 73b SGB V, der sich mit der hausarztzentrierten Versorgung beschäftigt, vollständig neu gefasst worden. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat die Vorschrift mit Wirkung ab 23. 7. 2015 erneut modifiziert.

Es handelt sich hier um eine „besondere hausärztliche Versorgung“. Diese muss bestimmten Anforderungen genügen. So müssen die infrage kommenden Hausärzte beispielsweise an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren teilnehmen. Eine Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Die Teilnehmer haben sich gegenüber ihrer Krankenkasse zu verpflichten, innerhalb eines Jahres nur einen Arzt aus dem Kreis der teilnehmenden Hausärzte in Anspruch zu nehmen. Das soll dazu beitragen, Kosten einzusparen, indem Untersuchungen und Behandlungen beim Hausarzt koordiniert werden (Ausnahme: Bayern).

Das GKV-Finanzierungsgesetz hat allerdings eine gegenteilige Richtung eingeschlagen. So ist in den Vergütungsvereinbarungen mit den Vereinigungen der Hausärzte, die nach dem 22. 9. 2010 (Beschlussfassung im Kabinett) zustande kommen, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Außerdem sind abgeschlossene Verträge nach dem 22. 9. 2010 der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen übernehmen gegenüber den Krankenkassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat den Sicherstellungsauftrag erweitert. Nach § 75 Abs. 1a SGB V umfasst er nun auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Dazu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. 1. 2016 Terminservicestellen einzurichten. Diese können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.

Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer zu vermitteln. Einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einem Augenarzt oder einem Gynäkologen zu vermitteln ist.

Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin innerhalb der genannten Frist vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit das jeweilige Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können zur Erledigung bestimmter Aufgaben Dienstleistungsgesellschaften gründen (§ 77a SGB V).

Gemeinsam nehmen sie die Rechte der Vertragsärzte (Kassenärzte) gegenüber den Krankenkassen wahr. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Sie haben hierzu auch Strafmaßnahmen (disziplinarische Maßnahmen) vorzunehmen (§ 81 Abs. 5 SGB V) und Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten (§ 81a SGB V).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn Verdacht auf eine strafbare Handlung besteht (§ 81 Abs. 4 SGB V).

## Ärztliche Zweitmeinung

Der durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mit Wirkung ab 23. 7. 2015 geschaffene § 27b SGB V sieht für Versicherte die Möglichkeit vor, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Das gilt für Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist.

### Beispiel:

Eine geplante Operation ist mit Gesundheitsrisiken behaftet, wie die statistische Auswertung früherer Operationen dieser Art belegt.

Hier besteht Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem zugelassenen Arzt oder einer zugelassenen Einrichtung (auch Versorgungszentrum) einzuholen.

**Wichtig:** Die Zweitmeinung kann nicht bei dem Arzt oder der Einrichtung eingeholt werden, der oder die den Eingriff durchführen soll.

Einzelheiten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien.

## Grundzüge des Vertragsarztrechts

Das Vertragsrecht ist durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sowie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in wesentlichen Punkten verändert worden. Weitere Veränderungen folgten durch das GKV-Finanzierungsgesetz, das zahlreiche Regelungen über Kosteneinsparungen schuf. So durften Vergütungen nur noch in bestimmtem Umfang steigen. Außerdem wurden Änderungen in Bezug auf Vertragspartner im Hilfsmittelbereich eingeführt (§ 126 SGB V). Weitere bedeutsame Änderungen sind mit Wirkung ab 23. 7. 2015 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführt worden.

## Wahltarife

Seit 1. 4. 2007 sind die Krankenkassen verpflichtet und berechtigt, Wahltarife für ihre Mitglieder vorzusehen. Nach § 53 Abs. 3 SGB V hat die Krankenkasse zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Wahltarife angeboten werden. Hier werden beispielsweise die Teilnehmer an der Hausarztzentrierten Versorgung angesprochen (§ 73b SGB V – beachten Sie dazu die Ausführungen zum Thema „Ärztliche und zahnärztliche Versorgung“).

Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Ermäßigung bei den Zuzahlungen vorsehen.

Nach § 53 Abs. 4 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen; sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. Die einschränkenden Regelungen des § 13 Abs. 1 Satz 2 bis 4 SGB V gelten hier nicht.

Die Kassensatzung kann auch vorsehen, dass Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, übernommen werden. Hierfür können spezielle Prämienzahlungen bestimmt werden.

Seit 1. 1. 2009 müssen Krankenkassen ihren versicherten hauptberuflichen Selbstständigen und den Personen, die nicht für mindestens sechs Wochen einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall haben, einen besonderen Tarif anbieten (§ 53 Abs. 6 SGB V). Diese Tarife müssen einen Krankengeldanspruch beinhalten.

Außerdem sind Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) Versicherten anzubieten. Der Krankengeldanspruch kann auch zu einem späteren Zeitpunkt (als z. B. für Arbeitnehmer) entstehen. Für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz muss der Krankengeldanspruch aber spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit entstehen.

### Grundzüge des Vertragsarztrechts

Ärzte und Zahnärzte sowie Psychotherapeuten werden zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassen. Ermächtigung für ärztlich geleitete Einrichtungen

Versicherte haben Anspruch auf freie Arztwahl. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Ärzte in Anspruch genommen, trägt der Versicherte die Mehrkosten.

Einzelheiten werden durch Verträge geregelt werden abgeschlossen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen (-zahnärztlichen) Vereinigungen

Grundsätze regeln Bundesmantelverträge werden abgeschlossen zwischen Bundesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen (-zahnärztlichen) Bundesvereinigungen

Krankenkasse zahlt Gesamtvergütung an Kassenärztliche (-zahnärztliche) Vereinigungen und Verteilung erfolgt nach einem Honorarverteilungsmaßstab

Krankenkassen und Kassenärztliche (-zahnärztliche) Vereinigungen führen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch.

**Wichtig:** Die Krankengeldberechnung für die genannten Personenkreise kann von der üblichen Berechnung abweichen.

Nach § 53 Abs. 7 SGB V kann die Krankenkasse Mitgliedergruppen, deren Leistungsanspruch beschränkt ist, eingeschränkte Prämien gewähren (beachten Sie die nachfolgenden Ausführungen).

2 Für die Wahltarife gelten Mindestbindungsfristen. Sie belaufen sich auf ein Jahr bzw. auf drei Jahre. Bei Wahlтарифen für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen (§ 53 Abs. 3 SGB V), entfällt die Bindungsfrist. Die Bindungsfrist von drei Jahren gilt für Wahlтарифe, die einen Selbstbehalt vorsehen, sowie für Krankengeldwahlтарифe. Bei den übrigen Wahlтарифen ist die Bindungsfrist von einem Jahr zu beachten. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist von einem Jahr, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V (18 Monate vom Beginn der Mitgliedschaft bei der betreffenden Krankenkasse an) gekündigt werden. Sonderregelungen gelten im Zusammenhang mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch die Krankenkasse (beachten Sie dazu die Ausführungen ab Seite 40).

## Krankengeld

Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn

- die Krankheit sie arbeitsunfähig macht,
- sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

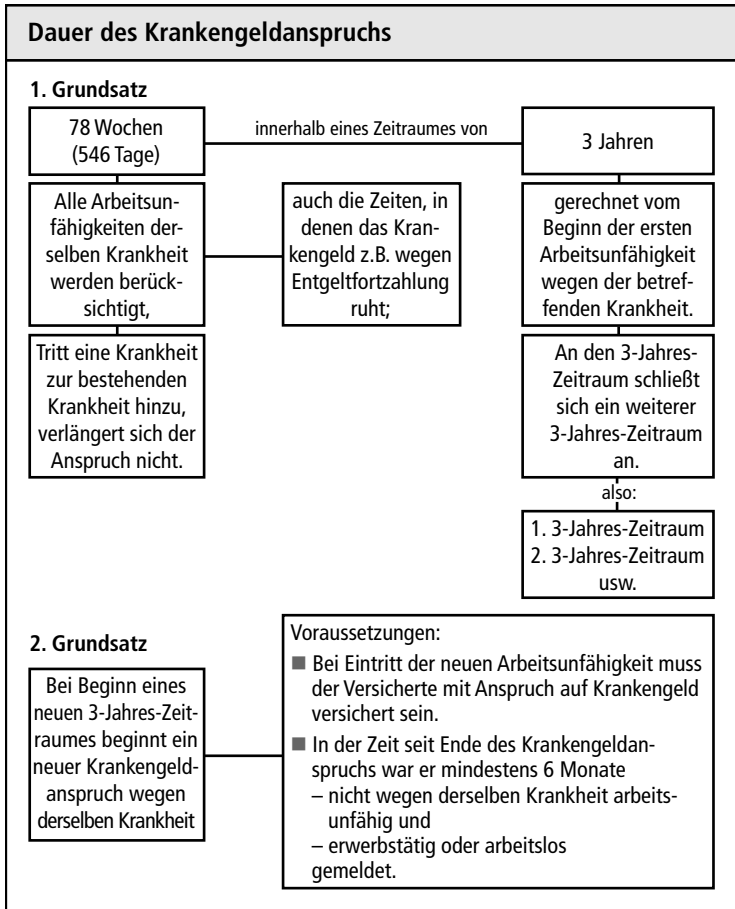
In aller Regel besteht Anspruch auf Krankengeld nur für Arbeitnehmer, und zwar im Anschluss an den Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Ein Krankengeldanspruch kann aber auch von Arbeitnehmern, die keinen Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen haben, sowie von hauptberuflich Selbstständigen gewählt werden (Wahlerklärung).

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht:

- bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an
- im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung an

Dieser Anspruch bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird. Voraussetzung ist, dass diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

Im Übrigen sind die Krankenkassen verpflichtet, die Versicherten individuell zu beraten bezüglich der Frage, welche Leistungen und unter-



stützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind (§44 Abs. 4 SGB V). Entsprechende Maßnahmen sind nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten möglich.

Krankengeld wird auch bei Erkrankung eines Kindes des krankenversicherten Arbeitnehmers gewährt. Nach § 45 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres er-

kranken und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben und eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann. Zudem darf das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder behindert und auf Hilfe angewiesen sein.

Krankengeld wird auch bei der Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen gewährt. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrags der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet (2015: 137,50 Euro).

Das Krankengeld ruht, soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten (Ausnahme: einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Rechtsgrundlage für das Ruhen des Krankengelds ist § 49 SGB V.

Bestimmte Personengruppen – z. B. Rentner – sind vom Krankengeldanspruch ausdrücklich ausgeschlossen (§ 44 Abs. 1 SGB V). Der versicherte Personenkreis des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V hat ebenfalls keinen Anspruch auf Krankengeld.

Das Krankengeld beträgt nach § 47 SGB V 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Dieses Entgelt wird als Regelentgelt bezeichnet. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 % des Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Regelentgelt wird bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Diese beläuft sich 2015 auf 137,50 Euro.

## **Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft**

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft finden sich seit 30. 10. 2012 nicht mehr in der Reichsversicherungsordnung (RVO), sondern im SGB V. Rechtsgrundlagen sind die §§ 24c bis 24i.

Folgende Leistungen können beansprucht werden:

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln
- stationäre Entbindung
- häusliche Pflege
- Haushaltshilfe
- Mutterschaftsgeld

Zuzahlungen der Versicherten erfolgen nicht, auch nicht bei der in § 24f SGB V geregelten stationären Entbindung.

### 3 Gesetzliche Grundlagen

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung . . . . . 53