



Änderungen im Gesundheitswesen 2019

Stand: Dezember 2018

Inhalt

Was ändert sich 2019?.....	3
Beitragssätze und Bemessungsgrenzen	4
Paritätische Finanzierung entlastet Versicherte	4
Entlastungen für Selbstständige	4
Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV).....	4
Beitragsbemessungsgrenze 2019	5
Versicherungspflichtgrenze 2019	5
Einkommensgrenze für die Familienversicherung 2019	5
Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2019.....	6
Höchstgrenze für das Krankengeld 2019.....	6
Neuerungen beim Krankengeld	6
Bundeszuschuss 2019.....	7
Kürzere Wartezeiten auf Arzttermine	8
Terminservicestellen weiten Leistungen aus	8
Mindestsprechstunden der niedergelassenen Ärzte werden hochgesetzt	8
Auch ohne Termin zum Facharzt: Offene Sprechstunden werden eingeführt.....	8
Anspruch auf die ärztliche Zweitmeinung	9
Prävention: Darmkrebsfrüherkennung, Schutz vor HIV.....	10
Bei hohem HIV-Risiko: Anspruch auf ärztliche Beratung und medikamentöse Prophylaxe	10
Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs werden ausgeweitet	10
Pflege: Entlastung für Pflegekräfte, höhere Attraktivität des Berufs	11
Bessere Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf	11
Mehr Geld für betriebliche Gesundheitsförderung in Kranken- und Altenpflege..	11
Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige.....	12
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen: Angebot für Pflegebedürftige wird ausgeweitet.....	12
Für pflegende Angehörige: Behandlung in Reha-Klinik schneller möglich	12
Sonstiges.....	13
Künstliche Befruchtung: Kryokonservierung wird gesetzliche Leistung	13
Kassen übernehmen Kosten für Krankenfahrten auch ohne vorherigen Antrag ...	13

Herausgeber: vdek-Pressestelle

Kontakt: Michaela Gottfried

Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 12 00

E-Mail: presse@vdek.com

Was ändert sich 2019?

Im Jahr 2019 werden Arbeitnehmer und Rentner bei ihren Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich entlastet. Denn dann beteiligen sich die Arbeitgeber wieder zur Hälfte an den Beiträgen zur GKV: Die „paritätische Finanzierung“ wird in der GKV wieder eingeführt. Aber es kommen im neuen Jahr auch zusätzliche Belastungen auf die Versicherten zu. Der Beitrag zur Pflegeversicherung, den Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen tragen, steigt zum 1. Januar um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose). Ausgebaut wird 2019 erneut das Leistungsangebot der Kassen, z. B. bei der Darmkrebsvorsorge oder dem Schutz vor HIV-Infektionen. Lesen Sie auf den folgenden Seiten mehr zu den wichtigsten Änderungen 2019.

Beitragssätze und Bemessungsgrenzen

Paritätische Finanzierung entlastet Versicherte

Ab dem 1. Januar 2019 teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder zu gleichen Teilen – inklusive des Zusatzbeitrags. Diesen hatten bislang nur die Arbeitnehmer gezahlt. Durch die Wiedereinführung dieser sogenannten paritätischen Finanzierung werden die Versicherten allein 2019 um nahezu sieben Milliarden Euro entlastet. Von der Neuregelung, die mit dem Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) kommt, profitieren auch die Rentner: Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt ab dem Jahreswechsel die Hälfte ihrer Zusatzbeiträge.

Der allgemeine GKV-Beitragssatz liegt 2019 wie bereits im Jahr 2018 bei 14,6 Prozent. Die Zusatzbeiträge werden kassenindividuell erhoben. Die Krankenkassen dürfen künftig ihren Zusatzbeitrag nur noch dann anheben, wenn ihre finanziellen Rücklagen geringer sind als ihre Ausgaben für einen Monat.

Entlastungen für Selbstständige

Selbstständige mit geringem Einkommen werden ab 1. Januar 2019 bei den Beiträgen zur Krankenversicherung deutlich entlastet. Das (angenommene) monatliche Einkommen, anhand dessen die Mindestbeiträge berechnet werden („Mindestbemessungsgrundlage“), wird von 2.283,75 Euro (2018) auf 1.038,33 Euro (2019) mehr als halbiert. Der Beitrag für die Krankenversicherung liegt damit für Selbstständige mit einem Einkommen von bis zu 1.038,33 Euro zwischen rund 165 Euro und rund 190 Euro, je nach Krankenkasse. Hinzu kommen die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung.

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) steigt ab dem 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent. Arbeitgeber und Beschäftigte tragen die Beiträge je zur Hälfte (jeweils 1,525 Prozent).

In Sachsen zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung jeweils zur Hälfte – bis auf ein Prozent, das von den Beschäftigten allein getragen wird. Damit beträgt die Beitragsparität in Sachsen 1,025 Prozent (Arbeitgeberanteil) bzw. 2,025 Prozent (Arbeitnehmeranteil). Hintergrund: Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft. Diese Maßnahme ergriff die Politik, um einen Ausgleich für die zusätzlichen Belastungen der Arbeitgeber zu schaffen. Lediglich Sachsen behielt den Feiertag. Als Kompensation dafür zahlen die sächsischen Arbeitnehmer ein Prozent ihres Bruttolohnes mehr als die Arbeitgeber in die Pflegeversicherung ein.

Für kinderlose Mitglieder, die 23 Jahre oder älter sind, kommt ein Kinderlosenzuschlag von 0,25 Prozentpunkten hinzu. Der Arbeitgeber beteiligt sich an diesem Zuschlag nicht.

Durch die Beitragserhöhungen ergeben sich Mehreinnahmen in Höhe von rund 7,6 Milliarden Euro. Der Gesetzgeber möchte damit sicherstellen, dass die Beiträge zur SPV bis 2022 stabil bleiben.

Beitragsbemessungsgrenze 2019

Die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung werden bei Versicherten nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Der Anteil des Arbeitsentgeltes, der oberhalb dieser Grenze liegt, wird bei der Beitragsberechnung nicht berücksichtigt.

Da die Löhne und Gehälter in Deutschland im vergangenen Jahr (2018) erneut gestiegen sind, ändert sich 2019 die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung. Sie steigt von 53.100 Euro (2018) auf 54.450 Euro im Jahr 2019. Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze steigt von 4.425 Euro auf 4.537,50 Euro.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird zusammen mit weiteren Rechengrößen der Sozialversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in einer Verordnung festgelegt. Die Verordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Versicherungspflichtgrenze 2019

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die jährliche Versicherungspflichtgrenze steigt von 59.400 Euro im Jahr 2018 auf 60.750 Euro im Jahr 2019. Die monatliche Versicherungspflichtgrenze erhöht sich von 4.950 Euro auf 5.062,50 Euro.

Für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten und am 31.12.2002 in der privaten Krankenversicherung (PKV) als Arbeitnehmer versichert waren, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze – vorausgesetzt, ihr damaliger Versicherungsvertrag umfasste Leistungen, die denen der GKV entsprochen haben. Im Jahr 2019 beträgt die Grenze für diesen Personenkreis 54.450 Euro.

Oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich Arbeitnehmer auch weiterhin freiwillig in der GKV versichern. Die Beiträge werden nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Arbeitsentgelt berechnet.

Einkommengrenze für die Familienversicherung 2019

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können ihre Ehegatten, Lebenspartner und Kinder über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der Angehörigen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

Im Jahr 2019 wird die Einkommengrenze für mitversicherte Angehörige von 435 Euro (2018) pro Monat auf 445 Euro pro Monat angehoben. Bei geringfügiger Beschäftigung liegt die Grenze bei 450 Euro pro Monat.

Eine beitragsfreie Mitversicherung eines Familienangehörigen ist ausgeschlossen, wenn dessen Einkommen oberhalb dieser Grenzen (445 Euro bzw. 450 Euro pro Monat) liegt. Ebenfalls ausgeschlossen ist die Familienversicherung für Kinder, wenn das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (für 2019: 60.750 Euro pro Jahr bzw. 5.062,50 Euro pro Monat) und regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds und der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2019

Für bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Versicherte Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungen werden durch eine sogenannte Belastungsgrenze gedeckelt. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen eines Haushalts. Für Versicherte mit chronischen Erkrankungen liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent.

Von den Bruttoeinnahmen des Haushalts werden bestimmte Beträge abgezogen, bevor die Belastungsgrenze berechnet wird. Diese „Freibeträge“ richten sich nach der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) festgesetzten Bezugsgröße. Für das Jahr 2019 steigt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen von 5.481 Euro (2018) auf 5.607 Euro, für jeden weiteren Angehörigen von 3.654 Euro (2018) auf 3.738 Euro, der Kinderfreibetrag steigt von 7.428 Euro (2018) auf 7.620 Euro.

Höchstgrenze für das Krankengeld 2019

Wenn Versicherte durch eine Erkrankung längere Zeit arbeitsunfähig sind (in der Regel mehr als sechs Wochen) oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden, haben sie Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse.

Das Krankengeld wird pro Kalendertag berechnet und richtet sich nach den individuellen Verhältnissen des Versicherten. Das jeweils gezahlte Höchstkrankengeld orientiert sich dabei an der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2019 steigt das Höchstkrankengeld von 103,25 Euro (2018) auf 105,88 Euro pro Kalendertag.

Neuerungen beim Krankengeld

Ab 1. April 2019 können alle hauptberuflich Selbstständigen wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen. Das Krankengeld beläuft sich auf 70 Prozent des Arbeitseinkommens, beträgt aber höchstens 105,88 Euro pro Tag. Es wird ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Versicherte können wegen desselben Leidens bis zu 78 Wochen Krankengeld erhalten.

Neuerungen gibt es auch beim Krankengeldantrag. Um sich ihren Anspruch auf Krankengeld von der Kasse zu erhalten, mussten Versicherte bislang spätestens einen Werktag nach Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit zum Arzt und die Krankschreibung verlängern lassen. Nach der Neuregelung reicht es nun aus, die Folgebesccheinigung innerhalb eines Monats vom Arzt ausstellen zu lassen und bei

der Krankenkasse einzureichen. Allerdings ruht dann der Krankengeldanspruch, bis der gelbe Schein der Kasse vorliegt. Die Regelung gilt ab dem 1.1.2019.

Bundeszuschuss 2019

Mit dem aus Steuern finanzierten „Bundeszuschuss“ werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben bzw. versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Dazu gehören zum Beispiel die beitragsfreie Familienmitversicherung oder Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Wie bereits im Vorjahr beträgt der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds im Jahr 2019 14,5 Milliarden Euro.

Kürzere Wartezeiten auf Arzttermine

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bringt ab 2019 zahlreiche Neuerungen. Kernstück ist jedoch die Verkürzung der Wartezeiten auf Arzttermine. Das TSVG sieht dazu eine ganze Reihe von Änderungen vor:

Terminservicestellen weiten Leistungen aus

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bauen 2019 ihr Angebot deutlich aus. Voraussichtlich ab dem 1. April vermitteln die Servicestellen neben Terminen beim Facharzt und Psychotherapeuten auch Termine beim Hausarzt. Ab dem 1. Juli 2019 führen sie außerdem in medizinischen Akutfällen Ersteinschätzungen durch und leiten Patienten ggf. an eine Arztpraxis, eine Portalpraxis an einer Klinik oder in eine Notfallambulanz weiter. Die Terminservicestellen sind – ebenfalls voraussichtlich ab dem 1. Juli – zudem an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr bundesweit unter der kostenfreien Telefonnummer 116 117 erreichbar. Ausgeweitet wird auch das digitale Angebot. Patienten sollen auch online und per App Arzttermine vereinbaren können. Die Informationen werden voraussichtlich u. a. auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht, unter www.kbv.de/html/.

Mindestsprechstunden der niedergelassenen Ärzte werden hochgesetzt

Niedergelassene Ärzte müssen gesetzlich Krankenversicherten ab 2019 mehr Sprechstunden anbieten. Das Mindestangebot wird dazu von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht. (Hausbesuchszeiten werden den Ärzten angerechnet.) Die Regelung tritt voraussichtlich zum 1. April in Kraft. Die Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte werden auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) veröffentlicht. Eine Übersicht der KV-Internetseiten gibt es unter www.kbv.de/html/432.php.

Auch ohne Termin zum Facharzt: Offene Sprechstunden werden eingeführt

Ebenfalls erleichtert wird der Besuch beim Facharzt. Die sogenannten „Fachärzte der Grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung“ müssen ab dem kommenden Jahr mindestens fünf Stunden in der Woche als „offene Sprechstunden“ anbieten. Versicherte sollen diese Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung besuchen können. Für welche Fachärzte die neue Regelung gilt, müssen Krankenkassen und Ärzte noch gemeinsam festlegen. Die „offene Sprechstunde“ wird es voraussichtlich Mitte 2019 geben.

Anspruch auf die ärztliche Zweitmeinung

Steht eine Operation oder größere Untersuchung an, kann es sinnvoll sein, sich zuvor eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Ab 1. Januar haben gesetzlich Krankenversicherte diesen Anspruch bei geplanten Mandel-OPs und Gebärmutterentfernungen. Ärzte, die diese OP-Indikation stellen, müssen die Versicherten über ihr Recht auf eine Zweitmeinung informieren. Der Anspruch soll auf weitere Eingriffe ausgebaut werden.

Prävention: Darmkrebsfrüherkennung, Schutz vor HIV

Bei hohem HIV-Risiko: Anspruch auf ärztliche Beratung und medikamentöse Prophylaxe

Gesetzlich Krankenversicherte ab 16 Jahren, die ein besonders hohes Risiko für eine HIV-Infektion haben, können sich voraussichtlich ab 1. Juli 2019 mit einer sogenannten medikamentösen Präexpositionsprophylaxe (PrEP) behandeln lassen. Dabei erhalten die Betroffenen ein Arzneimittel, das in vielen Fällen einer HIV-Infektion vorbeugen kann; die Einnahme erfolgt z. B. unmittelbar vor oder nach einem sexuellen Risikokontakt. Der behandelnde Arzt berät den Versicherten rund um die PrEP-Behandlung und führt Untersuchungen durch, um die Wirksamkeit des Medikaments zu überprüfen und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren. Studien aus dem Ausland zeigen, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen durch PrEP-Behandlungen um bis zu 40 Prozent sinken kann.

Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs werden ausgeweitet

Ab dem 1. Juli 2019 werden die gesetzlichen Leistungen zur Darmkrebsvorsorge ausgebaut. Männer haben dann bereits ab 50 Jahren Anspruch auf eine Darmspiegelung zur Krebsvorsorge – fünf Jahre früher als bisher. Ebenfalls zum 1. Juli gilt bei diesen Vorsorgeuntersuchungen eine neue Informationspflicht: Die Kassen klären ab dann ihre Versicherten jeweils im Alter von 50, 55, 60 und 65 über deren Leistungen bei diesen Untersuchungen auf. Das Programm der Kassen zur Darmkrebsfrüherkennung umfasst dann folgende Leistungen:

1. Frauen und Männer im Alter von 50 bis 54 Jahren können bereits heute über ihren Arzt einmal pro Jahr einen immunologischen Test auf nicht sichtbare („okkulte“) Blutspuren im Stuhl durchführen lassen (iFOBT-Test).
2. Männer ab 50 Jahren (bislang 55) haben Anspruch auf zwei Darmspiegelungen zur Krebs-Früherkennung im Mindestabstand von zehn Jahren. Wer das Angebot erst mit 65 Jahren (bislang 60) oder älter wahrnimmt, hat Anspruch auf eine Untersuchung.
3. Frauen haben die gleichen Ansprüche weiterhin ab dem Alter von 55 Jahren.
4. Frauen und Männer im Alter von 55 Jahren oder älter, die keine Darmspiegelung in Anspruch genommen haben, können bereits heute alle zwei Jahre beim Arzt einen iFOBT-Test durchführen lassen.
5. Bei einer auffälligen Stuhlprobe haben die Versicherten Anspruch auf eine Darmspiegelung beim Facharzt zur Abklärung der Befunde.

Pflege: Entlastung für Pflegekräfte, höhere Attraktivität des Berufs

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) soll ab dem 1. Januar 2019 die Personalausstattung und die Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege verbessern. Das Gesetz sieht unter anderem die Schaffung von 13.000 zusätzlichen Stellen in der Altenpflege vor (finanziert durch die Krankenkassen). In den Krankenhäusern werden die Pflegepersonaluntergrenzen ausgeweitet. Weitere Maßnahmen:

Bessere Vereinbarkeit von Familie und Pflegeberuf

Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, sollen Pflegekräfte Familie und Beruf künftig besser vereinbaren können. Für Maßnahmen, die dies fördern, erhalten die Pflegeeinrichtungen von 2019 bis 2024 bis zu 100 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Einrichtungen können die Gelder beispielsweise zur Finanzierung von besonderen Betreuungsangeboten verwenden, die auf die Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind. Förderfähig sind ferner Schulungen und Weiterbildungen zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 Prozent der Kosten, die der Pflegeeinrichtung für die Maßnahmen entstehen. Pro Pflegeeinrichtung ist der jährliche Zuschuss auf 7.500 Euro begrenzt.

Mehr Geld für betriebliche Gesundheitsförderung in Kranken- und Altenpflege

Deutlich mehr Geld soll es ab 2019 für die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Altenheimen geben. Über 70 Millionen Euro pro Jahr sollen die gesetzlichen Krankenkassen den Einrichtungen dann zusätzlich für die Gesunderhaltung von Pflegekräften zur Verfügung stellen (1 Euro je Versicherten und Jahr). Mit der Maßnahme soll die Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte erhalten und der Krankenstand gesenkt werden. Um die Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen beim Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen, sollen die Krankenkassen ihr Beratungsangebot in den „regionalen Koordinierungsstellen“ zudem ab 2019 mit Blick auf Krankenhäuser und Alteneinrichtungen erweitern.

Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen: Angebot für Pflegebedürftige wird ausgeweitet
Pflegebedürftige können bereits seit längerem auf Kosten der Pflegekassen auch Hilfen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (z. B. Spaziergänge, Vorlesen etc.) und Hilfen bei der Haushaltsführung in Anspruch nehmen. Bislang durften solche Leistungen allerdings nur durch Pflegedienste erbracht werden. Das ändert sich im kommenden Jahr. Künftig werden auch ambulante Betreuungsdienste diese Aufgaben übernehmen. Der größere Anbieterkreis soll die Versorgung der Versicherten mit Betreuungs- und Hilfsangeboten verbessern. Die Regelung tritt voraussichtlich am 1. April 2019 in Kraft.

Für pflegende Angehörige: Behandlung in Reha-Klinik schneller möglich

Pflegende Angehörige können sich bei Bedarf ab 1. Januar 2019 leichter auf Kosten der Krankenversicherung in einer Reha-Klinik behandeln lassen. Die bisherige Regelung entfällt, wonach sie vorrangig ambulante Maßnahmen in Anspruch nehmen müssen. Der Anspruch auf eine stationäre Reha besteht also auch, wenn ambulante Leistungen aus medizinischer Sicht ausreichend wären. Grundvoraussetzung für die Kostenübernahme ist jedoch weiterhin, dass Reha-Maßnahmen medizinisch notwendig sind, was durch einen Arzt bescheinigt werden muss.

Ebenfalls neu ist, dass der Pflegebedürftige für die Dauer der Reha in der Klinik mituntergebracht werden kann. Die Unterbringung in einer anderen Einrichtung (z. B. einer Kurzzeitpflegeeinrichtung am Wohnort oder nahe der Reha-Klinik) ist wie bisher möglich. Für die Unterbringung können pflegende Angehörige die Leistungen der sogenannten Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Mehr dazu unter: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2018/auszeit-von-der-pflege.html>.

Sonstiges

Künstliche Befruchtung: Kryokonservierung wird gesetzliche Leistung

Der Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtung wird voraussichtlich ab dem 1. April 2019 um die sogenannte Kryokonservierung erweitert. Die Leistung können Versicherte auf Wunsch erhalten, wenn durch eine keimzellschädigende Behandlung – z. B. eine Chemotherapie oder Bestrahlung bei Krebs – der Verlust der Fruchtbarkeit droht. Bei Kryokonservierung werden Keimzellgewebe, Ei- oder Samenzellen tiefgefroren. So konserviert, können sie für eine spätere Kinderwunschbehandlung verwendet werden. Bei einer Krebserkrankung wird die Kryokonservierung im Zeitraum zwischen Diagnose und Beginn der Krebstherapie vorgenommen.

Kassen übernehmen Kosten für Krankenfahrten auch ohne vorherigen Antrag

Bereits heute können sich einige Versicherte – darunter Menschen, die eine Dialysebehandlung benötigen – die Kosten für Fahrten zum Arzt oder Zahnarzt von ihrer Kasse erstatten lassen. (Näheres unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-1495/KT-RL_2017-09-21_iK-2017-12-23.pdf.) Voraussetzung ist generell, dass die Betroffenen die Kostenübernahmen vorher von ihrer Krankenkasse genehmigt bekommen. Ab dem 1. Januar 2019 ist dies für bestimmte Versicherte nicht mehr nötig. Die neue Regelung gilt für Betroffene, die über einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ verfügen bzw. in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft sind. Versicherte mit Pflegegrad 3 müssen zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung haben. Dies gilt nicht, wenn sie bis zum 31.12.2016 eine Pflegestufe 2 hatten.