



Neuerungen im Gesundheitswesen

Das ändert sich 2024 für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte

Stand: 20. Dezember 2023



Inhalt

Das ändert sich 2024 für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte.....	3
Beitragsätze, Bemessungsgrenzen und weitere Kennzahlen	4
Allgemeiner Beitragssatz und durchschnittlicher Zusatzbeitrag zur GKV.....	4
Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung	4
Studentische Krankenversicherung.....	5
Beitragsbemessungsgrenze.....	5
Einkommensgrenze für die Familienversicherung	5
Versicherungspflichtgrenze.....	5
Belastungsgrenze für Zuzahlungen	6
Höchstgrenze für das Krankengeld	6
Entlastungen für Betriebsrentnerinnen und -rentner.....	6
Sozialversicherungsbeiträge für Midijobs ermitteln mit Übergangsbereichsrechner	6
Digitalisierung	8
E-Rezept	8
Digitale Identitäten.....	8
Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für Arbeitslose	8
Pflegeversicherung	9
Höhere Leistungen in der häuslichen Pflege	9
Ausweitung der Verhinderungspflege bei Personen unter 25 Jahre mit Pflegegrad 4 und 5	9
Höhere Zuschläge zu Eigenanteilen in stationärer Versorgung	10
Mehr Transparenz über in Anspruch genommene Leistungen	10
Sonstiges	11
Telefonische Krankschreibung – auch bei krankem Kind	11
Brustkrebsfrüherkennung bis 75	11
Kinderkrankengeld	11
Neue Mindestmengen für Lungen- und Brustkrebs	12
Pflegepersonal-Untergrenzen für Neurochirurgie.....	12

Herausgeber: vdek-Pressestelle

Kontakt: Michaela Gottfried

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

E-Mail: presse@vdek.com

Das ändert sich 2024 für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte

Der Jahreswechsel bringt stets Änderungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung mit sich. 2024 ändern sich die Beitragsbemessungsgrenze für Krankenkassenbeiträge sowie der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Damit einhergehen weitere Änderungen wie eine höhere Einkommensgrenze für sogenannte Midijobs.

Bei der Digitalisierung gibt es Fortschritte zu verzeichnen: Das E-Rezept wird 2024 auch für Arztpraxen verpflichtend, sodass der Weg hin zu einer flächendeckenden Nutzung frei wird. Außerdem können Versicherte auf Wunsch künftig von ihrer Krankenkasse digitale Identitäten erhalten. Bestimmte Online-Gesundheitsanwendungen können damit ohne Versichertenkarte genutzt werden und funktionieren dann ähnlich wie beispielsweise Online-Banking.

Viele Änderungen stehen bei der Pflegeversicherung an: Das Pflegegeld für ambulante Pflege steigt um fünf Prozent und auch die Zuschläge, die einen bestimmten Eigenanteil in der stationären Pflege abdecken, steigen. Beides entlastet Pflegebedürftige finanziell.

Auch in weiteren Bereichen gibt es Neues, beispielsweise haben mehr Frauen Anspruch auf Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs.

Beitragssätze, Bemessungsgrenzen und weitere Kennzahlen

Allgemeiner Beitragssatz und durchschnittlicher Zusatzbeitrag zur GKV

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) richten sich die Beiträge grundsätzlich nach dem allgemeinen Beitragssatz und dem Zusatzbeitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz der GKV beträgt 2024 wie in den Jahren zuvor 14,6 Prozent. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird sich 2024 um 0,1 Prozentpunkte auf 1,7 Prozent erhöhen. Jede Krankenkasse entscheidet selbst, welchen Zusatzbeitragssatz sie von ihren Versicherten verlangt. Die GKV-Beiträge werden jeweils zur Hälfte von Mitgliedern und Arbeitgebern bezahlt.

Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) liegt seit 1. Juli 2023 bei 3,4 Prozent und ändert sich zum Jahreswechsel nicht. Arbeitgeber und Beschäftigte tragen die Beiträge je zur Hälfte (jeweils 1,7 Prozent). Für kinderlose Mitglieder ab 23 Jahren kommt ein Kinderlosenzuschlag hinzu, an dem sich der Arbeitgeber nicht beteiligt. Dieser Zuschlag beträgt 0,6 Prozentpunkte.

In Sachsen zahlen Arbeitgeber sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Beitrag zur SPV jeweils zur Hälfte – bis auf ein Prozent, das von den Beschäftigten allein getragen wird. Damit beträgt die Beitragsparität in Sachsen 1,2 Prozent (Arbeitgeberanteil) bzw. 2,2 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 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein Prozent ihres Bruttolohnes mehr als die Arbeitgeber in die Pflegeversicherung ein.

Seit dem 1. Juli 2023 bezahlen Eltern mit mehreren Kindern geringere Beitragssätze für die Pflegeversicherung. Für Eltern mit mehr als einem Kind reduziert sich der Beitragssatz für jedes berücksichtigungsfähige Kind ab dem zweiten bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Der Beitragsabschlag für Eltern beträgt somit

- bei zwei berücksichtigungsfähigen Kindern 0,25 Beitragssatzpunkte,
- bei drei berücksichtigungsfähigen Kindern 0,50 Beitragssatzpunkte,
- bei vier berücksichtigungsfähigen Kindern 0,75 Beitragssatzpunkte und
- bei fünf berücksichtigungsfähigen Kindern 1,0 Beitragssatzpunkte.

Für Eltern mit mehr als fünf Kindern ist eine darüber hinausgehende Reduzierung des Beitrags nicht vorgesehen.

Berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte. Als berücksichtigungsfähig gelten somit auch Kinder, die vor Vollendung des 25. Lebensjahres verstorben sind. Liegen die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der

Kinder nicht mehr vor, entfällt der Beitragsabschlag. Die Eltern bezahlen aber weiterhin den allgemeinen Beitragssatz der Pflegeversicherung (derzeit 3,4 Prozent) und nicht den Kinderlosenzuschlag. Für weitere Informationen siehe auch:

https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/beitragsabschlaege-eltern.html

Studentische Krankenversicherung

Die Krankenkassenbeiträge für Studierende wurden zuletzt im Oktober 2022 angepasst und belaufen sich auf 82,99 Euro im Monat (zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags und des Pflegeversicherungsbeitrags).

Beitragsbemessungsgrenze

Die Beiträge für die Kranken- und 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. Die Beitragsbemessungsgrenze orientiert sich an der Entwicklung von Löhnen und Gehältern und steigt 2024 auf 62.100 Euro pro Jahr bzw. 5.175 Euro pro Monat.

Einkommengrenze für die Familienversicherung

Mitglieder der GKV können ihre Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partner sowie Kinder über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der Angehörigen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Im Jahr 2024 erhöht sich die Einkommengrenze für mitversicherte Angehörige von 485 Euro pro Monat auf 505 Euro. Eine Ausnahme gibt es, wenn eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausgeübt wird. Dann gilt eine Einkommengrenze von 538 Euro pro Monat.

Für Kinder ist die Familienversicherung ferner ausgeschlossen, wenn (1.) das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt (für 2024: 69.300 Euro pro Jahr bzw. 5.775 Euro pro Monat) und (2.) regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds und (3.) der Ehepartner bzw. die Ehepartnerin nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Versicherungspflichtgrenze

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Versicherungspflicht in der GKV. Die jährliche Versicherungspflichtgrenze erhöht sich 2024 auf 69.300 Euro jährlich bzw. 5.775 Euro monatlich (bisher 66.600 Euro jährlich bzw. 5.500 Euro monatlich).

Für Arbeitnehmende, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten und am 31. Dezember 2002 in der privaten Krankenversicherung (PKV) als Arbeitnehmende versichert waren, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze – vorausgesetzt, ihr damaliger Versicherungsvertrag umfasste Leistungen, die denen der GKV entsprochen haben. Das heißt, dass sie „vollständig“ bei der PKV versichert waren – eine private

Zahnzusatzversicherung würde beispielsweise nicht unter diese Regelung fallen. Im Jahr 2024 beträgt die Grenze für diesen Personenkreis 62.100 Euro.

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

Belastungsgrenze für Zuzahlungen

Für bestimmte Leistungen der GKV müssen Versicherte Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungen werden durch eine sogenannte Belastungsgrenze gedeckelt. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen der Versicherten sowie der im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für chronisch kranke Versicherte, die sich wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung befinden, liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent. Von den Bruttoeinnahmen werden bestimmte Beträge für die Angehörigen abgezogen, bevor die Belastungsgrenze berechnet wird. Diese „Freibeträge“ richten sich nach der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) festgesetzten Bezugsgröße. Im Jahr 2024 beträgt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen 6.363 Euro, der Freibetrag für jeden weiteren Angehörigen 4.242 Euro und der Kinderfreibetrag 9.312 Euro.

Höchstgrenze für das Krankengeld

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 und beträgt 2024 120,75 Euro pro Kalendertag.

Entlastungen für Betriebsrentnerinnen und –rentner

Pflichtversicherte Rentnerinnen und Rentner mit kleinen Betriebsrenten sind seit 1. Januar 2020 bei den Krankenkassenbeiträgen aufgrund eines Freibetrags spürbar entlastet. Dieser Freibetrag steigt 2024 von 169,75 Euro auf 176,75 Euro; erst darüber hinaus werden Beiträge fällig. Rentnerinnen und Rentner mit Betriebsrenten bis zu 176,75 Euro müssen keine Beiträge zahlen. Werden mehrere Betriebsrenten bezogen, wird der Freibetrag insgesamt berücksichtigt und nicht für jede einzelne Betriebsrente.

Sozialversicherungsbeiträge für Midijobs ermitteln mit Übergangsbereichsrechner

Bereits seit 2003 zahlen Beschäftigte in einem sogenannten Midijob bis zu einer Verdienstobergrenze reduzierte Sozialversicherungsbeiträge. Diese Obergrenze liegt seit dem 1. Januar 2023 bei einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt von 2.000 Euro und bleibt 2024 gleich. Die Untergrenze hingegen wird um 18 Euro erhöht und beträgt ab 1. Januar 2024 538,01 Euro. Unterhalb dieser Grenze liegt eine geringfügige Beschäftigung vor, auch Minijob genannt. Für Minijobs gelten eigene Regelungen.

Für die Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge stellt der vdek Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern ab Ende Dezember 2023 seinen an die neuen gesetzlichen Voraussetzungen angepassten Übergangsbereichsrechner zur Verfügung. Das Tool kann [auf der Webseite des vdek als Excel-Datei heruntergeladen](#) und frei verwendet werden.

Ab 1. Januar 2024 ändern sich die Eckwerte wie folgt:

- Die Untergrenze für den Entgeltkorridor beträgt 538,01 Euro, die Obergrenze 2.000 Euro.
- Zudem ändert sich der Faktor F als wesentlicher Indikator für die Beitragsberechnung. Hier wird die Zahl 28 durch den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz von 40,9 geteilt. Hiernach beträgt der Faktor F 0,6846. Der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz setzt sich zusammen aus den zum 1. Januar desselben Kalenderjahres geltenden Beitragssätzen in der allgemeinen Rentenversicherung, in der sozialen Pflegeversicherung sowie zur Arbeitsförderung und dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die Ermittlung des Arbeitnehmeranteils gilt eine eigenständige Beitragsbemessungsgrundlage, die aus einer besonderen Formel berechnet wird. Dies führt dazu, dass der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin eine erhebliche Beitragsentlastung erfährt, die durch den Arbeitgeberanteil aufgefangen wird. Dieser ergibt sich aus der Subtraktion des Arbeitnehmeranteils vom Gesamtbeitrag, der nach den Bestimmungen des Übergangsbereichs berechnet worden ist.

Die Insolvenzgeldumlage von derzeit 0,06 Prozent bleibt unverändert.

Digitalisierung

E-Rezept

Ab dem 1. Januar 2024 müssen auch Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtend dazu in der Lage sein, Rezepte elektronisch auszustellen. Zu diesem Zeitpunkt sind alle technischen Voraussetzungen für die Nutzung des E-Rezepts erfüllt und die E-Rezept-Funktionalität ist flächendeckend in den Praxisverwaltungssystemen implementiert. Die bundesweite Einführung des elektronischen Rezepts hat bereits am 1. Juli 2023 begonnen. Mit der E-Rezept-App der gematik, dem ausgedruckten E-Rezept und dem Einstecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) stehen den Versicherten seither drei Wege zur Einlösung von E-Rezepten in allen Apotheken in Deutschland zur Verfügung.

Digitale Identitäten

Ab 2024 stellen die Krankenkassen ihren Versicherten auf Verlangen und ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte eine sichere digitale Identität (GesundheitsID) für das Gesundheitswesen zur Verfügung. Damit erhalten Versicherte einen erleichterten kartenlosen Zugang per Smartphone zu den Online-Gesundheitsanwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) wie beispielsweise dem E-Rezept oder der elektronischen Patientenakte (ePA). Der GesundheitsID liegt ein Verfahren zugrunde, welches in anderen Bereichen bereits vielfach zur Anwendung kommt, etwa beim Entsperren des Smartphones oder dem Zugang zum Bankkonto. Die Nutzung der GesundheitsID ist für die Anwenderinnen und Anwender freiwillig.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für Arbeitslose

Seit dem 1. Januar 2023 ist der Arbeitgeber für seine GKV-versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsmeldung elektronisch bei der zuständigen Krankenkasse abzurufen. Damit müssen sie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU), umgangssprachlich „gelber Schein“ genannt, nicht mehr in Papierform beim Arbeitgeber vorlegen. Die eAU entlastet somit die Versicherten, reduziert Bürokratie und Zettelwirtschaft und ist ein wichtiger Schritt hin zu gänzlich papierlosen Verfahren. Ab dem 1. Januar 2024 nimmt auch die Bundesagentur für Arbeit an dem elektronischen Abrufverfahren mit den Krankenkassen teil, sodass nun auch die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld von der Vereinfachung durch die eAU profitieren.

Pflegeversicherung

Höhere Leistungen in der häuslichen Pflege

Die Leistungen der häuslichen Pflege werden angehoben: Zum 1. Januar 2024 steigt das Pflegegeld um fünf Prozent. Gleichzeitig werden die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen, also häusliche Pflegehilfe durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste, um fünf Prozent angehoben.

Pflegegeld

	bis 31.12.2023 in Euro	ab 01.01.2024 in Euro
Pflegegrad 2	316	332
Pflegegrad 3	545	573
Pflegegrad 4	728	765
Pflegegrad 5	901	947

Ambulante Sachleistungen

	bis 31.12.2023 in Euro	ab 01.01.2024 in Euro
Pflegegrad 2	724	761
Pflegegrad 3	1.363	1.432
Pflegegrad 4	1.693	1.778
Pflegegrad 5	2.095	2.200

Ausweitung der Verhinderungspflege bei Personen unter 25 Jahre mit Pflegegrad 4 und 5

Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengeführt. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gelten diese Regelungen bereits ab 1. Januar 2024. Pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden typischerweise durch ihre Eltern gepflegt, die bei der Versorgung oft besonders belastet sind. Gerade die Leistungen der Verhinderungspflege, die bei einer Verhinderung der Pflegeperson eine häusliche Versorgung ermöglichen, sind für diese Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen besonders wichtig. Daher gilt für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bereits ab dem 1. Januar 2024:

- Es können im Kalenderjahr bis zu 100 Prozent der Mittel der Kurzzeitpflege – ab 2024 also bis zu 1.774 Euro – zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden, soweit die Mittel nicht bereits für Leistungen der Kurzzeitpflege verbraucht worden sind. Der umgewidmete Betrag wird dabei auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege angerechnet, vermindert diesen also entsprechend.
- Die Verhinderungspflege kann anstatt bis zu sechs bis zu acht Wochen im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
- Auch die hälftige Fortzahlung eines zuvor bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes während der Verhinderungspflege erfolgt anstatt für bis zu sechs für bis zu acht

Wochen im Kalenderjahr.

- Die sechsmonatige Vorpflegezeit vor der erstmaligen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege entfällt.

Höhere Zuschläge zu Eigenanteilen in stationärer Versorgung

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen einen Teil der Heimkosten aus eigener Tasche bezahlen. Um diesen Eigenanteil zu senken, erhalten Pflegebedürftige ab dem Pflegegrad 2 von der Pflegeversicherung monatliche Leistungszuschläge zu den Pflegekosten, die einen bestimmten Eigenanteil abdecken. Die Höhe hängt davon ab, wie lange sich der oder die Pflegebedürftige bereits in der vollstationären Pflege befindet. Ab 01.01.2024 werden die Zuschläge wie folgt erhöht:

1. bei einer Verweildauer von 0 bis 12 Monaten von bisher 5 auf dann 15 Prozent,
2. bei einer Verweildauer von 13 bis 24 Monaten von 25 auf 30 Prozent,
3. bei einer Verweildauer von 25 bis 36 Monaten von 45 auf 50 Prozent und
4. bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten von 70 auf 75 Prozent des Eigenanteils.

Dies bewirkt bei den Pflegebedürftigen eine konkrete Entlastung.

Mehr Transparenz über in Anspruch genommene Leistungen

Neu eingeführt werden Informations- und Transparenzregelungen, damit die Pflegebedürftigen jederzeit im Blick behalten können, in welcher Höhe Leistungen über den zur Verfügung stehenden Jahresbetrag abgerechnet werden. Sie müssen diese Informationen nicht gesondert anfordern. Damit werden das Leistungsrecht und der Leistungsbezug für die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen insgesamt besser nachvollziehbar. Bereits heute ist geregelt, dass die Pflegekassen die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten unterrichten, also eine Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln. Ab dem 1. Januar 2024 wird diese Regelung weiterentwickelt: Versicherte erhalten eine solche Übersicht auf Wunsch dann regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr. Eine formlose Anforderung bei der Pflegekasse ist ausreichend. Auf Wunsch können die Versicherten zudem weitere Detailinformationen zu den Leistungen erhalten, die in Bezug auf sie zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind. Auch diese Informationen können ab dem 1. Januar 2024 angefordert werden.

Sonstiges

Telefonische Krankschreibung – auch bei krankem Kind

Seit Dezember 2023 können sich Patientinnen und Patienten telefonisch für bis zu fünf Tage ihre Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lassen. Dazu müssen die Versicherten der jeweiligen Arztpraxis bekannt und dürfen nicht schwer erkrankt sein. Auch Bescheinigungen zum Bezug von Kinderkrankengeld sind für bis zu fünf Tage telefonisch möglich. So können Eltern sich bestätigen lassen, dass sie ihr krankes Kind zu Hause betreuen müssen.

Während der Corona-Pandemie gab es vorübergehend bereits die telefonische Krankschreibung. Die neue Regelung gilt dauerhaft. Sie soll Versicherte und Praxen entlasten.

Brustkrebsfrüherkennung bis 75

Künftig haben Frauen bis 75 Jahre Anspruch auf Mammographie-Screenings. Bisher konnten Versicherte zwischen 50 und 69 alle zwei Jahre eine solche Früherkennungsuntersuchung in Anspruch nehmen. Diese Altersgrenze wird zum 1. Juli 2024 erhöht. Wichtig: Während die Frauen bis 69 Jahre zu den Untersuchungen schriftlich eingeladen werden, ist dies für 70- bis 75-Jährige zunächst nicht der Fall. Wer das Früherkennungsangebot nutzen möchte, muss sich selbst an die sogenannte Zentrale Stelle in seinem Bundesland wenden. Die Zentralen Stellen sind eigenständige Organisationen, die Einladungen und Termine für Mammographie-Screenings verwalten. Versicherte finden die für ihre Region zuständige Stelle über die Website mammo-programm.de/de/termin. Die Zentrale Stelle prüft vor der Terminvergabe, ob die nötigen Voraussetzungen vorliegen. Beispielsweise muss die letzte Mammographie mindestens zwölf Monate und die letzte Mammographie zur Früherkennung mindestens 22 Monate zurückliegen.

Kinderkrankengeld

Eltern können Krankengeld erhalten, wenn sie ihr krankes Kind (bis zwölf Jahre) im häuslichen Umfeld betreuen. Die Anzahl der maximalen Anspruchstage pro Kind und Elternteil ist im Zuge der Corona-Pandemie vorübergehend deutlich erhöht worden. Nachdem diese Sonderregelungen ausgelaufen sind, hat der Gesetzgeber die Zahl der maximalen Anspruchstage nun auch pandemieunabhängig erhöht. So besteht 2024 ein Anspruch auf Krankengeld je Kind für maximal 15 Arbeitstage im Jahr und je Elternteil längstens für 35 Arbeitstage im Jahr. Dies gilt auch für das Jahr 2025. Für Alleinerziehende liegen die Grenzen jeweils doppelt so hoch bei maximal 30 Arbeitstagen pro Kind und Jahr bzw. 70 Arbeitstagen insgesamt.

Zudem hat der Gesetzgeber einen neuen Anspruch auf Kinderkrankengeld für Eltern von stationär behandlungsbedürftigen Kindern eingeführt: Ab dem 01. Januar 2024 kann ein Elternteil Kinderkrankengeld auch während einer medizinisch notwendigen Mitaufnahme bei einer stationären Behandlung eines versicherten Kindes bekommen. Von einer solchen Notwendigkeit ist dabei bis zur Vollendung des neunten Lebensjahres des Kindes

grundsätzlich auszugehen, sodass sie in diesen Fällen nicht gesondert bescheinigt werden muss.

Neue Mindestmengen für Lungen- und Brustkrebs

2024 werden zwei neue Mindestmengen eingeführt. Für Eingriffe gegen Lungenkrebs gilt dann eine Mindestmenge von 40, bei Brustkrebs eine Mindestmenge von 50. Generell gelten in Krankenhäusern für diverse Eingriffe Mindestmengen. Sie legen fest, dass eine Klinik Eingriffe mit einer bestimmten Häufigkeit durchführen muss. Dadurch soll verhindert werden, dass ein Krankenhaus diese Leistungen nur gelegentlich und damit ohne die nötige Erfahrung erbringt. Mindestmengen senken die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und Sterblichkeit bei planbaren Eingriffen und erhöhen damit die Patientensicherheit.

Pflegepersonal-Untergrenzen für Neurochirurgie

Ab 1. Januar 2024 gilt für die Neurochirurgie eine solche sogenannte Pflegepersonaluntergrenze. Erste Pflegepersonaluntergrenzen wurden Anfang 2019 für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie festgelegt. Das bedeutet, auf diesen Stationen ist die maximale Anzahl von Patienten pro Pflegekraft und Schicht verbindlich geregelt. Für die Neurochirurgie ist geplant, dass tagsüber maximal neun Patientinnen und Patienten auf eine Pflegekraft kommen dürfen, nachts dürfen es 18 Patientinnen und Patienten pro Pflegerin oder Pfleger sein. Mit der Einführung dieses neuen Bereichs werden rund 93,5 Prozent aller Belegungstage von Pflegepersonaluntergrenzen abgedeckt. Unerwünschte Personalverschiebungen können somit noch stärker vermieden werden.