



Änderungen im Gesundheitswesen 2018

Stand: Dezember 2017



Inhalt

I. Beitragssätze und Bemessungsgrenzen	3
Beitragsbemessungsgrenze 2018.....	3
Versicherungspflichtgrenze 2018	3
Einkommensgrenze für die Familienversicherung 2018.....	4
Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2018.....	4
Höchstgrenze für das Krankengeld 2018.....	4
Bundeszuschuss 2018.....	5
Neue Beitragsregelung für Selbstständige 2018.....	5
II. Zahnärztliche Versorgung.....	5
Neue Vorsorgeuntersuchungen für mehr Zahngesundheit	5
Früherkennung bei Kleinkindern	6
III. Krankenhausbehandlung ohne Bett	6
Neue "Zu-Hause-Behandlung" für psychisch Kranke	6
IV. Neuregelungen für ausländische Saisonarbeiter	6
Arbeitgeber müssen Beschäftigung von Saisonarbeitern mitteilen.....	6
V. Prävention und Gesundheitsförderung	7
Mehr Geld für Prävention und Gesundheitsförderung	7

Herausgeber: vdek - Pressestelle Kontakt: Michaela Gottfried Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00 E-Mail: presse@vdek.com
--

Änderungen im Gesundheitswesen 2018

Mehr Krankengeld, Entlastungen bei Zuzahlungen zum Beispiel für Medikamente oder Hörgeräte, Anspruch auf die Meinung eines zweiten Arztes: Auch das Jahr 2018 bringt wieder einige Neuerungen im Gesundheitswesen mit sich. Die wichtigsten haben wir zusammengefasst.

I. Beitragssätze und Bemessungsgrenzen

Beitragsbemessungsgrenze 2018

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

Da die Löhne und Gehälter in Deutschland im vergangenen Jahr (2017) erneut gestiegen sind, ändert sich 2018 die Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung. Sie steigt von 52.200 Euro im Jahr 2017 auf **53.100 Euro** 2018. Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze steigt von 4.350 Euro auf **4.425 Euro**.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird zusammen mit weiteren Rechengrößen der Sozialversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in einer Verordnung festgelegt. Die Verordnung tritt erst in Kraft, wenn der Bundesrat zugestimmt hat.

Versicherungspflichtgrenze 2018

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Versicherungspflichtgrenze steigt von 57.600 Euro im Jahr 2017 auf **59.400 Euro** im Jahr 2018.

Für Arbeitnehmer, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten und am 31.12.2002 in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert waren, gilt eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze - vorausgesetzt, ihr damaliger Versicherungsvertrag umfasste Leistungen, die denen der GKV entsprochen haben. Im Jahr 2018 beträgt die Grenze für diesen Personenkreis **53.100 Euro**.

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

Einkommensgrenze für die Familienversicherung 2018

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können ihre Familienangehörigen über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der in Betracht kommenden Angehörigen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

Im Jahr 2018 wird die Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von 425 Euro pro Monat auf **435 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 (435 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 2018: 59.400 Euro pro Jahr bzw. 4.950 Euro pro Monat) und regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds und der Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2018

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 2018 steigt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen von 5.355 Euro auf **5.481 Euro**, für jeden weiteren Angehörigen von 3.570 Euro auf **3.654 Euro**, der Kinderfreibetrag steigt 2018 von 7.356 Euro auf **7.428 Euro**.

Höchstgrenze für das Krankengeld 2018

Wenn Versicherte durch eine Erkrankung arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden, haben sie Anspruch auf Krankengeld. 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 2018 steigt das Höchstkrankengeld von 101,50 Euro auf **103,25 Euro pro Kalendertag**.

Bundeszuschuss 2018

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.

Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds beträgt im Jahr 2018 **14,5 Milliarden Euro**.

Neue Beitragsregelung für Selbstständige 2018

Die Beiträge von Selbstständigen, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wurden bislang auf Grundlage ihres letzten Einkommensteuerbescheides festgesetzt und waren damit für das laufende Kalenderjahr gültig. Das ändert sich ab dem 1.1.2018. Dann werden die Beiträge zunächst nur vorläufig festgesetzt. Erhält der Versicherte seinen Einkommensteuerbescheid für das ausgelaufene Jahr, erfolgt eine endgültige Beitragseinstufung anhand der tatsächlich erzielten Einnahmen. Diese neue Verfahrensweise hat zur Folge, dass es zu Beitragsnachforderungen kommen kann oder zu viel gezahlte Beiträge zurückerstattet werden.

Selbstständige müssen den Einkommensteuerbescheid innerhalb von drei Jahren bei ihrer Krankenkasse vorlegen. Kommt der Versicherte dieser Verpflichtung nicht nach, muss er für das nicht nachgewiesene Kalenderjahr rückwirkend den monatlichen Höchstbeitrag zahlen. 2018 beläuft sich der Höchstbeitrag auf 758,89 Euro pro Monat (zuzüglich Zusatzbeitragssatz seiner Krankenkasse).

Die Neuregelungen werden nicht nur beim Arbeitseinkommen angewendet, sondern auch bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung.

II. Zahnärztliche Versorgung

Neue Vorsorgeuntersuchungen für mehr Zahngesundheit

Pflegebedürftige mit anerkanntem Pflegegrad und Menschen mit Behinderung (Empfänger von Eingliederungshilfe) erhalten 2018 Anspruch auf eine verbesserte Vorsorge gegen Zahnerkrankungen. Halbjährlich können sie dann bei einem Zahnarzt den Gesundheitszustand ihres Mundes erheben und harte Zahnbeläge (Zahnstein) entfernen lassen. Neu ist auch der Anspruch auf eine Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhalt sowie auf die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- bzw. Prothesenpflege. Die Neuregelungen sehen vor, dass Pflegepersonen des Versicherten in die Aufklärung und Erstellung des Pflegeplans einbezogen werden sollen.

Die Leistungen treten voraussichtlich ab 1.7.2018 in Kraft.

Früherkennung bei Kleinkindern

Ausgeweitet werden ab kommendem Jahr auch die Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung von Karies bei kleinen Kindern. Künftig profitieren auch Kleinkinder unter dem 30. Lebensmonat von diesem Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen. Beraten wird derzeit u. a. noch, ob der Anspruch zwei oder drei Mal im Jahr bestehen soll. Die Neuregelung wird voraussichtlich Ende 2018 in Kraft treten.

III. Krankenhausbehandlung ohne Bett

Neue "Zu-Hause-Behandlung" für psychisch Kranke

Krankenhäuser können Patienten unter bestimmten Voraussetzungen ab 2018 auch zu Hause psychiatrisch behandeln. Die neue "stationsäquivalente Behandlung" kommt für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in Frage, wenn es sich bei dem Betroffenen z. B. um einen alleinerziehenden Elternteil handelt. Auch Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, die eine gerontopsychiatrische Therapie benötigen, können von dem neuen Leistungsangebot profitieren.

Für die Betroffenen führt diese "Krankenhausbehandlung ohne Bett" zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben: Stationäre Aufenthalte können vermieden oder verkürzt werden und die Versorgung flexibler und bedarfsgerechter gestaltet werden. Gemäß den Neuregelungen können die Krankenhäuser Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen, etwa unter den Gesichtspunkten der Wohnortnähe oder der Behandlungskontinuität. Das können Vertragsärzte, psychiatrische Institutsambulanz (PIAs) oder medizinische Versorgungszentren (MVZs) sein.

Die rechtlichen Grundlagen für die neue Zu-Hause-Behandlung ("Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen", PsychVVG) waren 2017 in Kraft getreten. Die Leistung kann im Laufe des Jahres von den Krankenhäusern 2018 eingeführt werden. Wie viele Krankenhäuser sie anbieten werden ist derzeit noch nicht abzusehen.

IV. Neuregelungen für ausländische Saisonarbeitnehmer

Arbeitgeber müssen Beschäftigung von Saisonarbeitern mitteilen

Arbeitgeber sind ab 1.1.2018 verpflichtet, der Krankenkasse mitzuteilen, ob sie "Saisonarbeitnehmer" beschäftigen. Als "Saisonarbeitnehmer" gelten nach der neuen Regelung ausländische Beschäftigte, die vorübergehend in Deutschland einer versicherungspflichtigen, auf bis zu acht Monate befristeten Tätigkeit nachgehen, um einen jahreszeitlich be-

dingten, jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Die Mitteilung ist für Arbeitgeber unkompliziert: Ein Kreuz im Feld "Saisonarbeiter" auf der Arbeitgeberanmeldung reicht dazu aus.

Gleichzeitig werden die Krankenkassen verpflichtet, Saisonarbeiter darauf hinzuweisen, dass ihnen ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung zusteht, wenn sie sich nach dem Ende der Beschäftigung weiter dauerhaft in Deutschland aufhalten. Der Saisonarbeiter muss dazu binnen drei Monaten nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses einen Antrag bei seiner oder einer anderen gesetzlichen Krankenkasse seiner Wahl stellen.

Hintergrund der Regelung ist, dass die Krankenkassen die Mitgliedschaft ihrer Versicherten auch dann weiterführen müssen, wenn sich nicht eindeutig klären lässt, ob ein Versicherter überhaupt noch Anspruch auf Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse hat. Bei Saisonkräften war das der Fall, wenn nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte, ob der Arbeitnehmer in sein Heimatland zurückgekehrt war. Diese "obligatorische Anschlussversicherung" von Saisonarbeitern führte dazu, dass eine Vielzahl von scheinbaren Mitgliedschaften bestand und die Kassen für diese Versicherten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhielten - ohne dass Kosten durch Arztbehandlungen o. Ä. entstanden. Dies hatte zu Wettbewerbsverzerrungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geführt.

V. Prävention und Gesundheitsförderung

Mehr Geld für Prävention und Gesundheitsförderung

Im Jahr 2018 bauen die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung weiter aus: Insgesamt ca. 552 Millionen Euro (7,65 Euro pro Versicherten) stellen sie dann für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen bereit (gemäß § 20 SGB V und § 5 SGB XI). Das entspricht einer Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr um rund 12 Millionen Euro. Neben Gesundheitskursen und Präventionsmaßnahmen in Kitas, Schulen, Betrieben, Quartieren und Kommunen (7,34 Euro pro Versicherten) umfasst das Angebot auch Präventionsleistungen für Bewohner von Pflegeheimen (0,31 Euro pro Versicherten). Die Ersatzkassen stellen als größte Kassenart für das Versorgungsangebot ihrer Versicherten in der Prävention und Gesundheitsförderung knapp 212 Millionen Euro zur Verfügung.

Auch die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe wird 2018 weiter gestärkt. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr 79,5 Millionen Euro (1,10 Euro pro Versicherten) bereit. Das sind 2,4 Millionen Euro (1,08 Euro pro Versicherten) mehr als 2017. Die Ersatzkassen sind mit 30,7 Millionen Euro Hauptfinanzier der Selbsthilfe.