

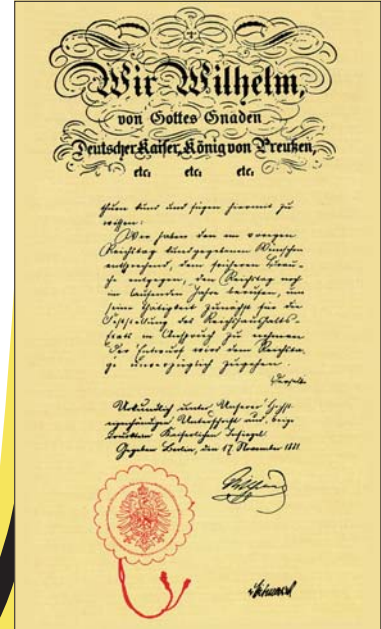
Krank sein damals

Für Arbeiterfamilien im deutschen Kaiserreich des 19. Jahrhunderts bedeutete Krankheit bittere Not. Denn Lohn erhielt nur, wer auch arbeiten konnte. Das änderte sich im Jahr 1883, vor genau 125 Jahren, mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Deren Grundgedanke der Solidarität hat sich als ein zukunftstaugliches und gesellschaftlich unverzichtbares Prinzip erwiesen.

Hilfe im Krankheitsfall nach dem neuesten medizinischen Stand ist heute eine Selbstverständlichkeit. Das sah vor 125 Jahren ganz anders aus. Vor allem Industriearbeitern und ihren Familien ging es schlecht. Geringe Löhne sicherten gerade einmal das tägliche Auskommen. Kinder mussten mit ihren winzigen Hinzuverdiensten zum Unterhalt der Familien beitragen. Erkrankte der Hauptverdiener, stürzte dies die Familien ins Elend.

Die entscheidende Wende für die Arbeiter insgesamt brachte die Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung vor 125 Jahren: Am 31. Mai 1883 beschloss der Deutsche Reichstag die Krankenversicherungspflicht für alle Arbeiter. Jeder Arbeiter musste sich bei einer Krankenkasse versichern und dafür Beiträge bezahlen. Erkrankte er, erhielt er nun von seiner Kasse ein Krankengeld. Arbeiterfamilien waren nicht mehr auf Almosen angewiesen.

Durch Sozialreformen hoffte Reichskanzler Otto von Bismarck, das Erstarken der Sozialdemokraten aufzuhalten. Vor allem aus diesem Grund hatte er bereits am 17. November 1881 die sogenannte Kaiserliche Botschaft im Reichstag verlesen. Damit war der Grundstein gelegt für den Schutz der Menschen vor den wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Tod. Die Kaiserliche Botschaft gilt als Geburtsurkunde des Sozialstaats.



Die Kaiserliche Botschaft von 1881

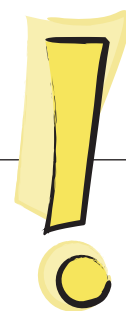
Alwin Gerisch (1857-1922) beschreibt in seinem Buch „Erzgebirgisches Volk“ die fürchterlichen hygienischen und gesundheitlichen Zustände in den Stuben des Arbeitervolks vor ca. 100 Jahren:

„Doppelfenster gab es in den von den armen Leuten bewohnten Häusern nirgends. Bei andauernder Kälte waren die Fensterscheiben wochen- und monatelang mit einer dicken Eisschicht bedeckt, die Fensterflügel verquollen und fest zugefroren. Für die Notwendigkeit des Durchlüftens der Stuben war nicht das geringste Verständnis vorhanden. Aber selbst wenn es vorhanden gewesen wäre, hätte doch den ganzen Winter hindurch keine Lüftung vorgenommen werden können, eben weil kein Fenster zu öffnen war.

Die Stuben dienten aber nicht nur als Wohnung, es wurde zugleich gekocht und gewaschen. Dazu kamen ... die Ausdünstungen der vielen Menschen. All das würde bei der fehlenden Ventilation schon hingereicht haben, die Atmosphäre ... in kurzer Zeit zu verpesten. Besonders da es sich die Männer angelegen sein ließen, in den Abendstunden durch den Rauch ihrer Pfeifen die Luft noch dicker zu machen ... Aber es wurde noch schlimmer, wenn sich unter den zwei oder drei Familien, die sich die Stube teilten, junge Ehepaare mit kleinen Kindern befanden. Dann wurden am Ofen auch die vom Urin durchnässten Windeln getrocknet. ...

Wer unter solchen Zuständen erst zum Liegen kam, dessen Schicksal war besiegelt. ... Es herrschte deshalb auch eine förmlich abergläubische Scheu gegen das Aufschlagen von Krankenbetten in den Stuben. Die Kranken selbst sträubten sich am heftigsten dagegen. Weil so gut wie niemals sich ein Kranker wieder von solchem Lager erhob, sahen sie in der Herrichtung die Vorbereitungen für das nahende Ende. Sie schlepten sich deshalb so lange es nur irgend ging herum ... und krochen erst nach eingetretener völliger Erschöpfung in das gefürchtete Krankenbett. ... Eine namenlose Qual für den Kranken, eine Pein für die Mitbewohner. ...

Sehr schlimm gestaltete sich auch die Sache, wenn Kinderkrankheiten entstanden oder eingeschleppt wurden. Eine Trennung der bereits erkrankten Kinder von den noch gesunden war unter den gegebenen Umständen einfach unmöglich. So hielt denn manchmal der Tod unter der zarten Jugend grausame Ernte.“



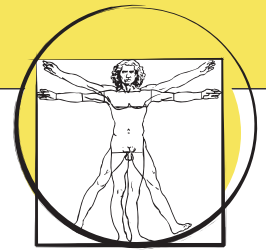
AUFGABE: Lies den Text von

A. Gerisch aufmerksam durch.

Vergleiche die Situation damals und heute. Notiere sechs Veränderungen.

Beispiele:

- Windeln am Ofen trocknen
 - › Einwegwindeln
- zugefrorene Fenster
 - › isolierte Doppelfenster



Gesundheit fördern, bei Krankheit helfen

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen heute längst über die Behandlung von Krankheiten hinaus. Es lassen sich drei große Bereiche ausmachen:

Gesundheit fördern durch Früherkennung und Vorsorge

Mit Leistungen während der Schwangerschaft tragen die Krankenkassen dazu bei, dass es Mutter und Kind gut geht. Danach fördern elf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen für Kinder bis sechs Jahre und eine Untersuchung zwischen 13 und 14 Jahren die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen außerdem Impfungen wie z. B. gegen Kinderlähmung oder neuerdings gegen Gebärmutterhalskrebs. Zudem ist die Pille für Mädchen bis 20 Jahre kostenlos. Auch für Erwachsene gibt es Vorsorgeleistungen. Die Kontrolle der Zahngesundheit gehört ebenso dazu wie die kostenlose Krebsvorsorgeuntersuchung und Präventionsangebote wie Ernährungsberatung, Nichtraucherkurse und Seminare zur Stressbewältigung.



Bei Krankheit helfen

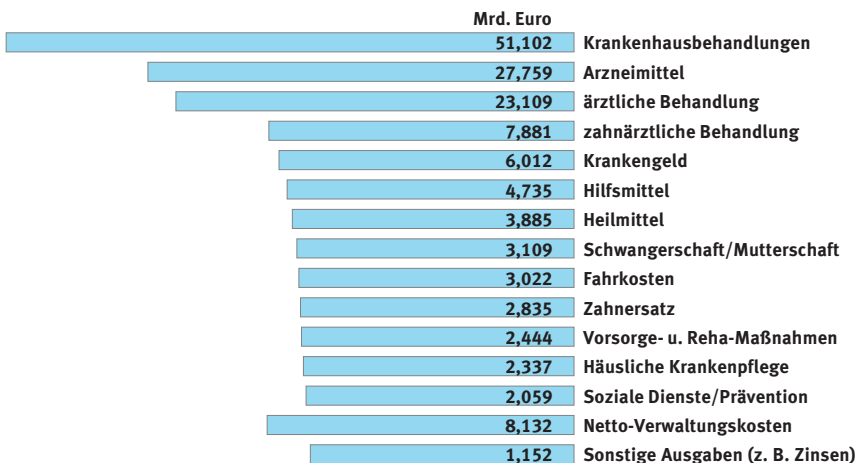
Der Großteil der Leistungen betrifft die Behandlung von Krankheiten (s. Grafik unten), vor allem damit die Menschen wieder gesund werden können, z. B. bei einer Blinddarmentzündung. Aber nicht immer ist eine Heilung möglich. Dann geht es darum, mit der Krankheit leben zu lernen und Verschlimmerungen zu verhindern wie bei Diabetes (Zuckerkrankheit) oder anderen chronischen Krankheiten.

Rehabilitation

Oft ist nach der akuten Behandlung weitere Unterstützung nötig, damit eine Patientin oder ein Patient wieder im Alltag zurechtkommt, z. B. nach einem schweren Sportunfall. Das geschieht in einer Reha-Klinik. Dort kümmern sich Ärzte, Krankengymnasten, Ernährungsberater (Ökotrophologen) – und wenn nötig Psychotherapeuten – um die Patienten.

Das leistet die Gesetzliche Krankenversicherung

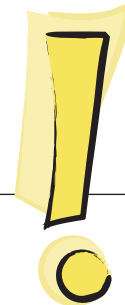
2007 entfielen von 153,616 Milliarden Euro Gesamtausgaben auf:



Gut ein Drittel dessen, was die Krankenkassen im Jahr 2007 an Leistungen ausgegeben haben, entfällt auf Krankenhausbehandlungen. Sie bilden damit seit Jahren den größten Ausgabenblock, gefolgt von den Ausgaben für Arzneimittel und für ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Quelle: BMG, KV 45

INFO

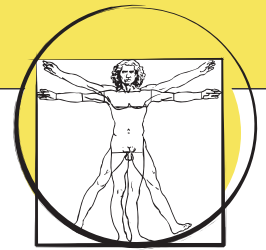
Gebärmutterhalskrebs ist eine Virus-erkrankung, die durch das humane Papillomvirus (HPV) übertragen wird. Es erzeugt Zellveränderungen im Gebärmutterhals, die zu Krebs führen können. HPV wird fast ausschließlich durch sexuellen Kontakt übertragen, weswegen die STIKO die Impfung für junge Frauen zwischen 12 und 17 Jahren empfiehlt.



AUFGABE: Recherchiert die aktuelle Liste der Impfeempfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommision). Wie steht es bei euch mit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen? Sind alle Impfungen aufgefrischt?

DISKUSSION: Diskutiert den mittlerweile zurückgenommenen Vorschlag: „Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen.“

Philipp Mißfelder, Vorsitzender Junge Union CDU/CSU im „Tagesspiegel“ 3. 8.2003

**3**

Gesundheit für alle

Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen nicht nur notwendige Behandlungen, sondern schützen auch vor finanziellen Problemen durch Krankheit. Sie zahlen Krankengeld (nach der normalerweise 6-wöchigen Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber) und rechnen direkt mit den Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken ab (Sachleistung); das heißt, der Versicherte bekommt nach dem Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt keine Rechnung nach Hause geschickt.

Familienversichert bis 18

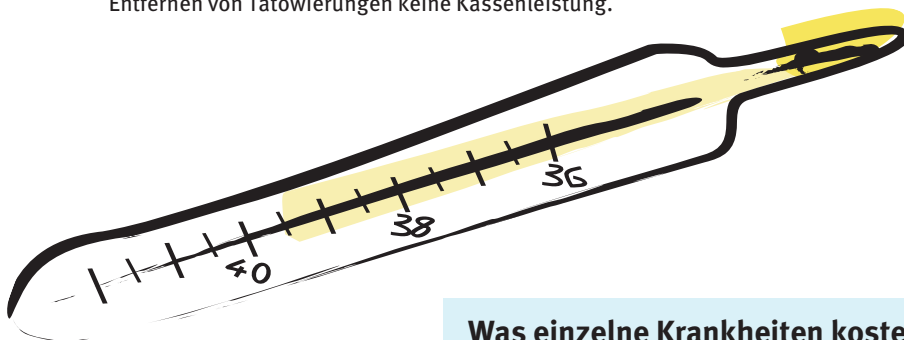
Eltern zahlen für ihre Kinder in der Regel bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres keine Beiträge an die Krankenkasse, bei einem Studium verlängert sich die beitragsfreie Zeit. Sie sind mitversichert und haben dann denselben Versicherungsschutz wie die Erwachsenen. So brauchen Eltern z. B. für Zahnsparungen und Sehhilfen ihrer Kinder nichts zu zahlen.

Wer wenig verdient, zahlt weniger Beitrag

Manche medizinische Behandlung geht ganz schön ins Geld – auch wenn es sich z. B. „nur“ um einen Bruch beim Skaten oder Skifahren handelt. Das gilt erst recht für aufwändige Untersuchungen und Therapien wie z. B. bei Krebs, chronischen Krankheiten, Transplantationen. Ganz gleich, ob jemand monatlich 150 Euro an seine Krankenkasse zahlt oder 300 Euro, er erhält das, was medizinisch notwendig ist. Daher ist es auch notwendig, jeden Monat Beiträge zu zahlen, auch wenn keine Leistungen in Anspruch genommen werden. Eine Vorstellung von den Kosten einer Krankheit und der Höhe der Krankenkassenbeiträge bekommt ihr in der Liste unten.

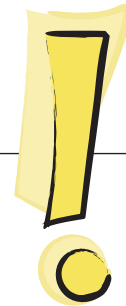
Umfassende Gesundheitsversorgung

Die Gesetzliche Krankenversicherung bietet vielfältige Leistungen zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten – egal ob Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt oder Vorsorgeuntersuchung. Allerdings mit einer Einschränkung: Das medizinisch Notwendige wird bezahlt, muss aber wirtschaftlich sein. (SGB V – Sozialgesetzbuch V, § 12: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“) Daher sind Sportuntersuchungen und das Entfernen von Tätowierungen keine Kassenleistung.



TIPP

Übrigens seid ihr dank der Europäischen Krankenversicherungskarte (bei den meisten Kassen ist sie auf der Rückseite der Versichertenkarte) auch krankenversichert, wenn ihr im europäischen Ausland (EU-Staaten, Schweiz, Liechtenstein, Norwegen und Island) krank werdet. Der Anspruch gilt nur für eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (Virusinfektion, Beinbruch, kranker Zahn usw.) oder für die fortlaufende Behandlung chronischer Erkrankungen wie Diabetes. Für einen darüber hinausgehenden Versicherungsschutz solltet ihr eine Auslandsreisekrankenversicherung abschließen.



DISKUSSION: Spielt eine Talkrunde

nach: Das Entfernen von Tätowierungen soll von der Krankenkasse bezahlt werden.

Denkt neben den Vertretern der Pro- und Contra-Seite auch an eine/n Moderator/in.

Was einzelne Krankheiten kosten

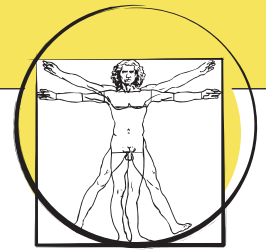
- Jährliche Medikamentenkosten eines Patienten mit Multipler Sklerose: ca. 19.000 Euro
- Blinddarm-Operation: ca. 2.000 bis 3.000 Euro
- Grippebehandlung: 35 Euro

Krankenkassenbeitrag des Arbeitnehmers bei einem monatlichen Brutto-Einkommen von 3.500 Euro (bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,1 %¹): 278,25 Euro.

Wenn der Ehepartner nicht arbeitet, ist er in diesem Beitrag mitversichert. Auch mit Kindern erhöht sich der Beitrag nicht!

¹ inkl. 0,9 % zusätzlicher Beitragssatz für Arbeitnehmer

Quelle: BMG, Knappschaft



Alle für einen – einer für alle

Solidarität ist eines der wichtigsten Prinzipien der GKV. Was bedeutet das konkret?

Gesunde und Kranke zahlen denselben Beitragssatz.

Wie bei allen Versicherungen müssen auch bei der Krankenversicherung Beiträge gezahlt werden, ob Leistungen anfallen oder nicht. Und wie bei der Feuerversicherung kann der Krankenversicherte froh sein, wenn er die Leistungen nicht braucht. Denn dann ist er gesund. Anders als bei vielen privaten Versicherungen gibt es jedoch bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine Risikogruppen, die höhere Beiträge zahlen müssen. Es gibt keinen Unterschied zwischen Kranken und Gesunden oder auch zwischen Frauen und Männern. Der Beitragssatz ist grundsätzlich für alle gleich. Für die Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse bedeutet das, dass Gesunde und Kranke gleichermaßen zu den notwendigen Einnahmen der Krankenkassen beitragen.

Junge Menschen finanzieren die Ausgaben für ältere Menschen mit.

Die Ausgaben für ältere Menschen liegen im Durchschnitt höher als die Ausgaben für jüngere Menschen. Weil alle Mitglieder der Krankenkassen Beiträge zahlen, kann die Krankenkasse diese Ausgaben finanzieren. Gäbe es diese Solidarität der jüngeren Menschen nicht, würden die Beiträge für ältere so steigen, dass die meisten sie nicht mehr bezahlen könnten.



Singles bezahlen für Familienangehörige mit.

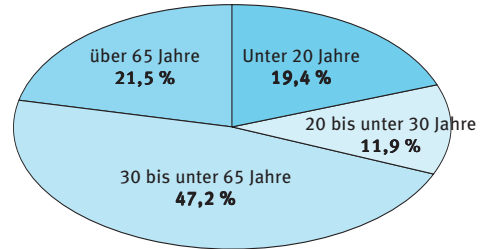
Kinder (auch Stiefkinder, Pflegekinder und Enkel), die im Haushalt der Eltern bzw. Großeltern leben, und nicht erwerbstätige Ehepartner (auch Partner in eingetragenen Lebenspartnerschaften) sind mitversichert – sie brauchen keine eigenen Beiträge zahlen. Mitversichert ist, wer kein oder nur ein geringes Einkommen hat z. B. bei Schülerjobs. Genau genommen werden diese familienpolitisch gewünschten Leistungen somit durch die gesetzlich Krankenversicherten finanziert. Inzwischen bekommen die Krankenkassen einen jährlichen Zuschuss aus dem allgemeinen Steueraufkommen.

Gutverdienende sorgen mit dafür, dass Geringerverdienende den vollen Versicherungsschutz haben.

Für alle Mitglieder einer Krankenkasse ist der Beitragssatz (Anteil am Brutto-Einkommen) unabhängig vom Einkommen gleich hoch. Dadurch kommt für die Krankenkassen mehr Geld von den sogenannten Besserverdienenden herein als von nicht so gut Verdienenden, wobei Beiträge nur bis zu einer bestimmten Grenze gezahlt werden. Das Einkommen über dieser Beitragsbemessungsgrenze (s. Arbeitsblatt 6) ist beitragsfrei.

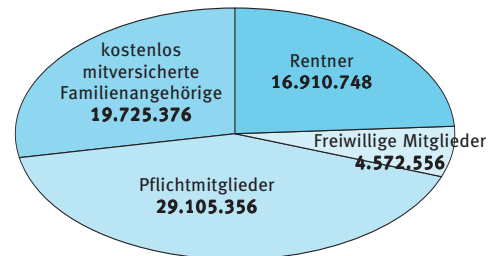
Versichertenstruktur

Prozentzahlen der Versicherten

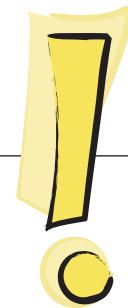


Versicherte in der GKV

insgesamt: 70.314.036

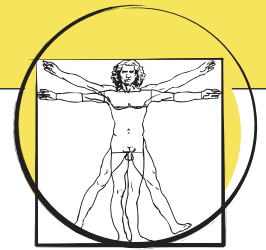


Quelle: BMG, Stand: 1. Juli 2007

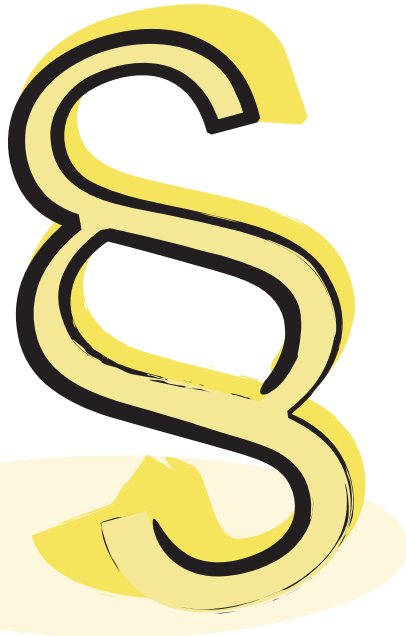


DISKUSSION: Ist es gerecht oder ungerecht, dass Gesunde für Kranke mitzahlen oder sollte jeder entsprechend der durch ihn verursachten Ausgaben Beiträge leisten? Ist es richtig, dass die Krankenkassen für Unfälle bei Risikosportarten – wie Bungee-Springen, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen – und für Risikogruppen – wie Raucher, Alkoholiker – aufkommen oder sollte dies jeder selbst bezahlen?

LINKTIPP: www.bmg.bund.de



Mitbestimmen und mitverwalten



Ein weiteres Gestaltungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Selbstverwaltung (Subsidiaritätsprinzip). Die Krankenkassen werden in Eigenregie von den Versicherten und Arbeitgebern verwaltet. Die Selbstverwaltung muss sich dabei an den gesetzlichen Rahmen halten, insbesondere an die Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuchs, kurz SGB V.

Sozialwahl

Alle sechs Jahre wählen die Versicherten und bei den meisten Krankenkassen auch die Arbeitgeber jeweils getrennt ihre ehrenamtlichen Vertreter in die Selbstverwaltung ihrer Krankenkasse, den Verwaltungsrat. Wahlberechtigt sind Versicherte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben. In den Mitgliederzeitschriften, auf den Internetseiten der jeweiligen Krankenkassen und durch Anzeigenkampagnen wird über die Sozialwahlen informiert. Die Sozialwahlen werden obligatorisch als Briefwahl durchgeführt. Die Wahlen sind frei, gleich und geheim und erfolgen aufgrund von Vorschlagslisten. Aufgestellt werden die Vorschlagslisten von Organisationen, die Kandidaten in die Selbstverwaltungsgremien entsenden wollen – Gewerkschaften und andere Arbeitnehmergruppen mit sozial- und berufspolitischer Zielsetzung sowie von Arbeitgeberverbänden. Wenn nicht mehr Kandidaten vorgeschlagen werden als zu wählen sind, gelten die Vorgeschlagenen als gewählt. Dieses Verfahren wird Friedenswahl genannt.

Mitbestimmung der Versicherten

So können also Versicherte und bei den meisten Kassen auch die Arbeitgeber ihre Kasse entscheidend mitgestalten. Ihre Vertreter bilden den ehrenamtlichen Verwaltungsrat. Dieser beschließt die Satzung, wählt und kontrolliert einen hauptamtlichen Vorstand bzw. eine Geschäftsführung und beschließt deren Gehälter. Zudem genehmigt er den Haushalt jeweils für ein Jahr.

Krankenkassen: keine Gewinne, keine Schulden

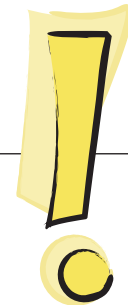
Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die weder Gewinne noch Schulden machen dürfen. Es ist nicht erlaubt, die Beitragseinnahmen auf Konten anzulegen oder Kredite aufzunehmen. Daseinszweck der gesetzlichen Krankenkassen ist die Finanzierung und Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Ein wichtiges Gremium der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Die Krankenkassen bestimmen gemeinsam mit Vertretern von (Zahn-) Ärzten und Krankenhäusern, welche Leistungen Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Versicherten- und Patienten-Vertreterinnen und Vertreter beraten mit und können Anträge stellen, sind aber nicht stimmberechtigt. Die Entscheidungen des GBA gelten (nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit) für alle Krankenkassen. So wurde gerade die Untersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebscreening ab 35; seit 1. 7. 2008) neu in den Leistungskatalog aufgenommen. Andere Leistungen, deren Nutzen nicht nachgewiesen oder gar gesundheitsgefährdend sind, werden ausgeschlossen.

Selbstverwaltung

Die gesetzlichen Krankenkassen führen die ihnen zugewiesenen Aufgaben organisatorisch und finanziell selbstständig durch (Selbstverwaltung). Dabei stehen sie unter staatlicher Aufsicht.

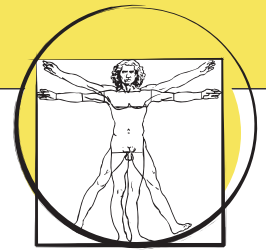


AUFGABE: Überlegt euch einen Wahl(kampf)slogan, von dem auch ihr euch angesprochen fühlt. Oder gestaltet ein neues Sozialwahl-Logo.



Sozialwahl 2005
Richtig. Wichtig.

UMFRAGE: Ein weiteres demokratisches Prinzip ist die freie Kassenwahl. Wo seid ihr denn versichert?



Wie die Krankenkassen zu ihrem Geld kommen

Der durchschnittliche Beitragssatz liegt bei rd. 14 Prozent (14,1 am 1. Juli 2008). Die Spanne der Beitragssätze reicht zur Zeit von 11,8 bis 16,5 Prozent (September 2008). Die Arbeitgeber (bzw. die Rentenversicherung) und die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlen den Beitragssatz je zur Hälfte – sogenannte paritätische Finanzierung. Für die Versicherten kommen 0,9 Prozent als zusätzlicher Beitragssatz für Arbeitnehmer hinzu. Und es gibt einen staatlichen Zuschuss zu den Ausgaben der Kassen für versicherungsfremde Leistungen wie Kranken- oder Mutterschaftsgeld (§ 221 SGB V). Er beträgt 2008 2,5 Mrd. Euro, ab 2009 soll er jährlich um 1,5 Mrd. Euro bis zu einem Betrag von 14 Mrd. Euro ab 2016 aufgestockt werden. Insgesamt haben die Krankenkassen im Jahr 2007 rd. 150 Mrd. Euro (153,62 Mrd. Euro) ausgegeben.

Einzug durch den Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherung

Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger behalten den jeweiligen Beitrag des Arbeitnehmers bzw. Rentners ein und überweisen ihn zusammen mit ihrem Anteil an die Krankenkassen.

Einfluss auf die Arbeitsplätze – Lohnnebenkosten

Besonders in den heutigen Zeiten der Globalisierung sind die Arbeitskosten mitentscheidend dafür, ob Betriebe ins Ausland abwandern. Zu den Löhnen und Gehältern kommen die Lohnzusatzkosten, wozu auch die Krankenversicherungsbeiträge gehören. Deshalb haben die Arbeitgeber ein besonderes Interesse an niedrigen Beitragssätzen der Sozialversicherungen (Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung). Die Unfallversicherung finanzieren übrigens die Arbeitgeber zu 100 Prozent selbst.

Gesundheitsfonds

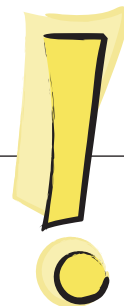
Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten den gleichen Beitragssatz (wie bisher schon in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung). Dieser einheitliche Beitragssatz wird von der Bundesregierung festgesetzt. Hinzu kommen für das Jahr 2009 voraussichtlich vier Milliarden Euro durch den Bund. Jede Krankenkasse erhält pro Versicherten eine Pauschale sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Denn hat eine Krankenkasse viele kranke Versicherte, dann hat sie höhere Ausgaben als eine Kasse mit hauptsächlich gesunden. Deshalb gibt es einen finanziellen Ausgleich, den Risikostrukturausgleich, der auch schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten besonders berücksichtigt. Entstehen bei einer Krankenkasse durch die pauschalen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Überschüsse, dürfen diese als Prämie an die Mitglieder ausgeschüttet werden – soweit die Krankenkasse schuldenfrei ist und die gesetzlichen Rücklagen aufgefüllt sind. Reicht umgekehrt das Geld zur Versorgung der Versicherten nicht aus, so ist die Krankenkasse gezwungen, einen Zusatzbeitrag bei den Mitgliedern zu erheben. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, darf der zusätzlich erhobene Beitrag maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen. Ob der Gesundheitsfonds wie gewünscht die Organisation des Gesundheitssystems vereinfacht und Bürokratie abbaut, ist unter Fachleuten umstritten.

Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze

Die jährlich neu festgelegte Beitragsbemessungsgrenze (durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales) markiert eine Obergrenze für die Beitragszahlung. Sie liegt 2008 bei 43.200 Euro im Jahr, monatlich bei 3.600 Euro. Wer mehr verdient, muss dennoch keinen höheren Krankenkassenbeitrag zahlen. Hingegen liegt die Versicherungspflichtgrenze bzw. das Jahresarbeitsentgelt, bis zu dem jeder gesetzlich versichert sein muss, im Jahr 2008 bei 48.150 Euro jährlich. Wer mehr verdient, ist nicht mehr automatisch krankenversichert. Er kann selbst entscheiden, ob er eine private Krankenversicherung abschließt bzw. freiwilliges Mitglied in der GKV wird oder nicht.

Beispielfirma GmbH
Lohn-/Gehaltsabrechnung Zeitraum: Sept. 2008

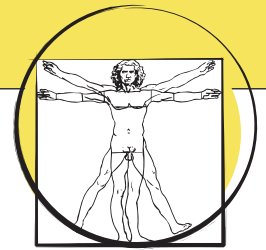
Herr	Steuer: Klasse 1	
Max Mustermann	Freibetrag: 0,00 Euro	
Musterplatz 46	Kinder: 0	
12345 Musterhausen		
Grundgehalt	1.500,00 EUR	
Steuer/Sozialversicherung		
Lohnst	Kir.St	SoZ
125,50 EUR	11,29 EUR	6,90 EUR
KV-Beitrag	RV-Beitrag	
119,25 EUR	149,24 EUR	
AV-Beitrag	PV-Beitrag	
24,75 EUR	18,37	
Auszahlung: 1.044,70 EUR		



DISKUSSION: Diskutiert die Vor- und Nachteile der beiden Systeme mit unterschiedlichem und einheitlich festgesetztem Beitragssatz.

AUFGABE: Schau dir den Lohnzettel an. Was verdient der Angestellte brutto, was netto? Welche anderen Abzüge sind auf dem Lohnzettel vermerkt?

AUFGABE: Wie hoch ist die Beitragszahlung für jemanden, der 1.800 Euro brutto verdient und dessen Krankenkasse einen Beitragssatz von 15,5 Prozent hat?



Herausforderung 1: Medizin und Medizintechnik können immer mehr

Stellt euch vor, ihr lebtet im Mittelalter, etwa 1440, und habt Zahnschmerzen. Dann musstet ihr warten bis wieder mal Markttag in der Gegend war und der sogenannte Bader euch den Zahn zog. Das tat extrem weh und wenn sich etwas entzündete, konntet ihr daran sogar sterben, denn die Ärzte kamen meist ja nur an den Markttagen in die Dörfer. Im Übrigen beschäftigte sich der Bader mit dem Schneiden von Nägeln und Haaren, Rasieren und dem Verkauf zweifelhafter Tränke und Tinkturen. Heute hat der Zahnarzt ein umfassendes Studium absolviert und kennt sich in Prophylaxe ebenso aus wie in Zahnerhalt und Zahnersatz. Niemand braucht mehr Schmerzen beim Zahnarzt zu leiden, kompliziertere Fälle behandelt der Kieferchirurg in einer Zahnklinik. Mit vorbeugender Zahnpflege können die Zähne heute ein Leben lang erhalten werden.

Vom Reparieren zum Vorbeugen

- **BEISPIEL KINDERLÄHMUNG:** Durch die Impfung ist Kinderlähmung bei uns so gut wie unbekannt.
- **BEISPIEL MASERN:** Durch die Impfung haben die Masern ihren Schrecken verloren; wenn allerdings in einer Region diese Impfung weitgehend versäumt wird, kann es wieder zu einem massenhaften Ausbruch mit Todesfolgen kommen.
- **BEISPIEL DIABETES:** Durch gezielte kontrollierende ärztliche Behandlung kann Folgen der Diabetes wie Schädigung der Augen oder der Füße vorgebeugt werden.

Gestiegene Heilungschancen

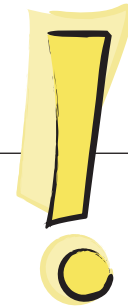
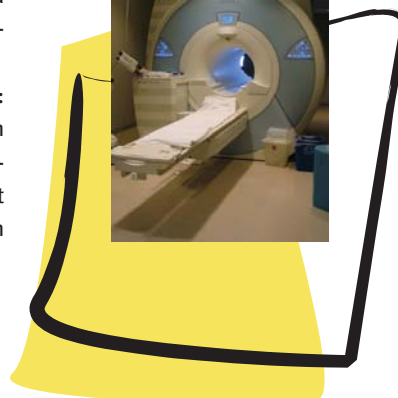
- **BEISPIEL LEUKÄMIE BEI KINDERN:** Früher fast immer ein Todesurteil (90 Prozent der betroffenen Kinder starben), haben heute etwa drei Viertel der betroffenen Kinder die Chance auf vollständige Heilung.
- **BEISPIEL OPERATIONEN IM HOHEN ALTER:** Die Betäubung (Anästhesie) ist heute ein Spezialgebiet für extra dazu ausgebildete Anästhesisten/Anästhesistinnen. Dadurch können auch Menschen mit schlechter körperlicher Verfassung und Herz-Kreislaufproblemen noch erfolgreich operiert werden.

Mit Krankheit leben lernen

- **BEISPIEL AIDS:** War jemand mit HIV infiziert (HIV-positiv), dann hatte er noch vor 20 Jahren eine maximale Überlebenschance von fünf Jahren. Heute können Menschen trotz der Infektion alt werden.

Immer bessere Hilfsmittel

- **BEISPIEL PROTHESEN:** 100-Meter-Läufer Wojtek Czyz holt mit Beinprothese Gold bei den Paralympics 2004 und bei Welt- und Europameisterschaften.
- **BEISPIEL UNTERSUCHUNGSMETHODEN:** Zum klassischen Röntgen sind inzwischen Ultraschall, Magnetresonanz und Kernspintomographie hinzugekommen, mit denen immer differenzierter Krankheiten aufgespürt werden können.



HAUSAUFGABE: Recherchiere im Internet, wann was entdeckt oder erfunden wurde? Ordne die folgenden Erfindungen auf der Zeitleiste zu: Röntgen, Ultraschall, erste beidseitige Armtransplantation, Aspirin, Pflaster (Patentschrift), erstes Antibiotikum, weltweit erste erfolgreich Herztransplantation

ZEITTADEL

1882

ab 1890 Edward H. Angle entwickelt die **Zahnspange**

1895

1900

1910

1922 **Pflaster** (Markteinführung). Der erste Wundschnellverband der Welt zum Abdecken von Wunden kommt auf den Markt.

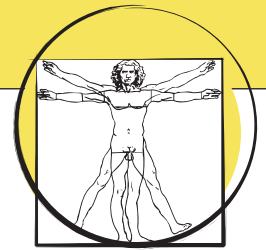
1928 **Penicillin.** Alexander Fleming entdeckt in einer verschimmelten Bakterienkultur, dass sich um die Schimmelpilze herum die Bakterien nicht vermehrt hatten.

1942

1967

1971 **erste Computertomografie (CT)-** Aufnahme von einem Menschen. (Physiker Allan M. Cornack und Elektrotechniker Godfrey Hounsfield erhielten für ihre Arbeiten 1979 den Nobelpreis für Medizin)

2008



Herausforderung 2: Die Menschen werden älter

1885 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung 40 Jahre, heute lebt eine Frau in Deutschland durchschnittlich 82 Jahre. Früher hat der Bürgermeister den Hundertjährigen in seiner Stadt noch persönlich gratuliert, heute haben die Stadtoberhäupter für so viele Geburtstagsfeiern gar keine Zeit mehr. Dazu ein Beispiel: 1883 überlebte jedes vierte Kind nicht das erste Lebensjahr. Mit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war für weite Teile der Bevölkerung erstmals die medizinische Versorgung im Krankheitsfall gesichert. Seitdem ist die Säuglingssterblichkeit auf unter 0,4 Prozent gesunken.

Mit steigender Lebenserwartung nehmen chronische Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu, wodurch die medizinische Versorgung aufwändiger wird. Auch die steigende Leistungsfähigkeit der Medizin einschließlich der Medizintechnik, mehr und oft teurere Arzneimittel und die zunehmende Spezialisierung der Medizin führen dazu, dass die Aufgaben und Ausgaben der Krankenkassen zunehmen. Dennoch ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ziemlich gleich geblieben.



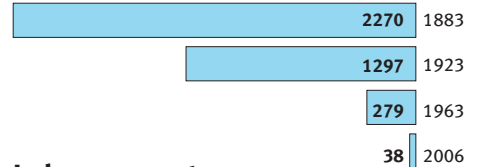
Je älter die Menschen werden, umso wichtiger ist es, mit Vorsorge und Gesundheitsförderung dafür zu sorgen, dass sie gesünder alt werden.

Zu bedenken ist auch, dass die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung unserer Volkswirtschaft insgesamt zugute kommt, denn das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche. So ist deutsche Medizintechnik ein Exportschlager (auf dem Weltmarkt nach den USA die Nummer zwei): Die Biotechnologie meldet Patente an. Durch unsere Krankenkassenbeiträge finanzieren wir die forschende Pharmaindustrie mit, die neue Medikamente entwickelt. Fortschritte in Diagnostik und Therapie fließen unmittelbar in die medizinische Versorgung ein.

Auch die Nachfrage nach qualifizierten Menschen im Gesundheitswesen steigt. Anders als in der Industrie, wo Arbeitsplätze abgebaut werden, bietet das Gesundheitswesen immer mehr Menschen Beschäftigung. Mehr als jeder neunte arbeitet heute im Gesundheitswesen: rund 4,3 Millionen in etwa 800 Gesundheitsberufen. Damit sind im Gesundheitswesen in Deutschland weit mehr Menschen tätig, als etwa in der Automobilbranche oder im Bereich Umweltschutz.

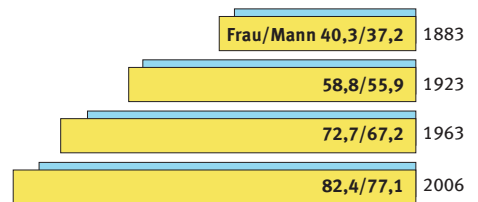
Säuglingssterblichkeit

Von 10.000 Säuglingen sind im ersten Lebensjahr gestorben:

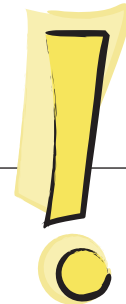


Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt betrug:

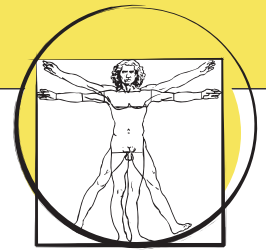


Quelle: Kaiserliches Statistisches Reichsamt, Statistisches Bundesamt



RECHERCHE: Informiere dich auf den Seiten des Automobilverbandes VDA und auf mein-umweltblog.de über die Zahl der Beschäftigten in der Automobilbranche und im Bereich Umweltschutz. Trage die Zahl der Beschäftigten in der Automobilbranche, im Gesundheitswesen und im Umweltschutz in der richtigen Reihenfolge in das Siegerpodest ein.





Herausforderung 3: Qualität, Transparenz und Effizienz steigern

Alle in unserer Gesellschaft sind der Meinung: Alle Versicherten sollen Zugang zur medizinischen Versorgung haben und damit am Fortschritt teilhaben. Deshalb haben wir in Deutschland eine Versicherungspflicht, niemandem darf eine gesetzliche Krankenversicherung wegen Krankheit, Behinderung oder Alter verweigert werden. Wenn die Versorgung hochwertiger wird mit mehr Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und leistungsfähigeren Medikamenten, zudem die Menschen länger leben und vermehrt altersbedingte Krankheiten auftreten, dann ist klar: Die Krankenkassenbeiträge können nicht sinken. Daher kommt es darauf an, mit den begrenzten Mitteln effizient umzugehen, d. h. kostenbewusst zu denken und wirtschaftlich zu handeln. Auch werden an die Leistungen im Gesundheitswesen hohe Qualitätsmaßstäbe angelegt. Überflüssiges und Verschwendung können wir uns nicht leisten.

Beispiel elektronische Gesundheitskarte

Die elektronische Gesundheitskarte wird die bisherige Krankenversichertenkarte ersetzen. Sie wird für alle verpflichtend die Versichertenangaben und ein Foto enthalten. Weiterhin enthält sie alle Daten, die zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts erforderlich sind, sowie die Berechtigung, im europäischen Ausland behandelt zu werden. Zusätzlich kann jeder – auf freiwilliger Basis – in einem medizinischen Teil seine Gesundheitsdaten erfassen lassen, die für die eigene Gesundheit wichtig sind: von der Dokumentation eingenommener Arzneimittel bis zu Notfallinformationen wie Allergien oder chronische Erkrankungen. Dadurch können belastende Doppeluntersuchungen reduziert und unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermieden werden. Aus Datenschutzgründen ist die medizinische Dokumentation freiwillig. Jeder entscheidet selbst, in welchem Umfang Daten gespeichert oder gelöscht werden sollen und wem diese Daten zugänglich gemacht werden sollen. Damit kein Unberechtigter Zugang zu den Daten bekommt, funktioniert der Zugriff auf die Gesundheitsdaten nur mit einer persönlichen Geheimzahl des Versicherten und nur zusammen mit einem elektronischen Heilberufsausweis des Arztes oder Apothekers.

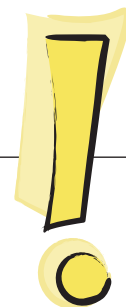
Gewissheit über Kosten und Nutzen von Arzneimitteln

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird heute mehr Geld für die Therapie mit Medikamenten ausgegeben als für ärztliche Leistungen. Das kann nicht sinnvoll sein. Deshalb sollen neue Arzneimittel daraufhin untersucht werden, ob ihr Preis im Vergleich zu anderen Medikamenten mit derselben Wirkung angemessen ist. Gibt es bereits Arzneimittel mit vergleichbarem Nutzen für die Patientinnen und Patienten, sollen die Krankenkassen zusätzliche Kosten nicht übernehmen.

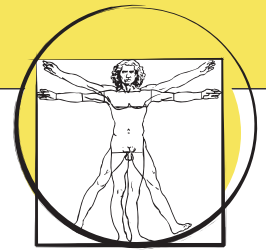


Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das am 1. Juni 2004 gegründete IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, finanziert aus Mitteln der GKV. Es untersucht den Nutzen medizinischer Leistungen sowie deren Qualität und Wirtschaftlichkeit. Im Einzelnen gehört zu seinen Aufgaben u. a. die Bewertung von Behandlungsleitlinien, von Operations- und Diagnoseverfahren sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Interessant: Zur Förderung der Transparenz sollen die Berichte des Instituts so verständlich gefasst sein, dass auch Laien sie verstehen und als Informationsgrundlage nutzen können. www.iqwig.de



DISKUSSION: Diskutiert die Vor- und Nachteile der elektronischen Gesundheitskarte. Begründet, ob und welche Daten ihr speichern lassen würdet.



Nach der Reform ist vor der Reform

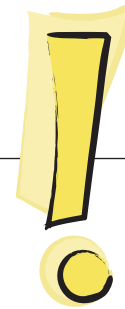
Seit ihrer Gründung im Jahre 1883 hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) viele Phasen und Reformen in ihrer Geschichte durchlaufen. Der Kreis der Versicherten wurde erweitert und der Leistungskatalog ausgebaut, die Strukturen wurden mehrfach reformiert und die Träger der GKV bekamen neue Aufgaben. Seit Mitte der 1970er-Jahre geht es immer mehr darum, den rasanten Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen. 1977 wurde das erste Kostendämpfungsgesetz erlassen. Seitdem folgen Reformen in immer kürzeren Abständen.

Unterschiedliche Interessen

Versicherte und Arbeitgeber wollen möglichst geringe Beiträge. Patientinnen und Patienten wollen die beste medizinische Versorgung. Hersteller von Medizinprodukten und Arzneimitteln wollen möglichst viel verkaufen. Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Psychotherapeuten wollen gut verdienen. Die gesetzlichen Regelungen jedoch müssen diese Interessen ausgleichen und dafür sorgen, dass die finanziellen Mittel wirksam und wirtschaftlich eingesetzt werden und jeder die benötigte medizinische Versorgung erhält. Doch auch die Politik ist sich nicht immer einig. In den letzten Jahren wurden vor allem zwei Reformmodelle teilweise heftig zwischen den Parteien diskutiert: die Bürgerversicherung und die Kopfpauschale bzw. Gesundheitsprämie. Bisher konnte keines der beiden Modelle umgesetzt werden.

Medizinischer Fortschritt

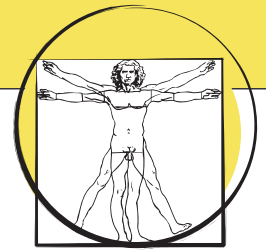
Die gesetzlich Krankenversicherten sollen nach den neuesten Erkenntnissen versorgt werden. Damit dies bezahlt werden kann, ohne die einzelnen und die Volkswirtschaft zu überfordern, muss manches von den Versicherten selbst bezahlt werden, z. B. Reisemedizin, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Erwachsene (für Kinder bis 12 sind sie in der Regel Kassenleistung) oder es ist für Erwachsene eine Zuzahlung (bei Arzneimitteln) und eine Praxisgebühr (außer bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen) nötig. Vor finanzieller Überforderung bei den Zuzahlungen schützt die Belastungsgrenze von maximal zwei Prozent des Bruttoeinkommens bzw. ein Prozent für chronisch Kranke. Ein Single mit einem monatlichen Einkommen von 1.800 Euro muss im Jahr maximal 432 Euro bzw. 216 Euro zuzahlen. Wer mehr zahlt, wird von weiteren Zuzahlungen befreit.



DISKUSSION: Nach der Reform ist vor der Reform – was ist mit diesem Ausspruch gemeint?

AUFGABE: 2009 ist Bundestagswahl. Informiert euch, welches Modell zur Reform des Gesundheitswesens die fünf im Bundestag vertretenen Parteien favorisieren. Nennt vier charakteristische Merkmale der jeweiligen Modelle.





Eines der besten Gesundheitssysteme der Welt

Wie viel Leistung zu welchem Preis – das ist die Kernfrage beim Vergleich von Gesundheitssystemen. Deutschland ist führend beim Zugang zu den Leistungen: Niemand bleibt von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen, weil er alt, krank oder arm ist. Ab 1.1.2009 gilt die Versicherungspflicht für alle – nicht nur wie bisher für gesetzlich Versicherte, sondern auch für privat Versicherte. Ausgangspunkt für Diskussionen über unser Gesundheitssystem sind häufig die hohen Kosten, verglichen z. B. mit skandinavischen Ländern. Inzwischen haben wir uns in Deutschland ausländische Erfahrungen zunutze gemacht. Das gilt z. B. für die Kosten-Nutzen-Bewertung bei Arzneimitteln, das Hausarztssystem, den Ausbau von Gesundheitsförderung und -vorsorge sowie die Stärkung von Qualitätssicherung, Wettbewerb und der Rechte von Versicherten und Patienten.

Schweden: Der Lack ist ab

Lange galt der schwedische Wohlfahrtsstaat mit seiner umfassenden Staatsfürsorge auch im Gesundheitswesen als Vorbild. Inzwischen wurden wegen der enormen Kosten massiv Leistungen gekürzt oder ausgegrenzt. So ist Zahnbehandlung weitgehend Privatsache (Ausnahme: kostenfreie Behandlung für Jugendliche). Die Zahl der Klinikbetten wurde halbiert, Stellen für Ärzte und Pflegekräfte wurden um ein Viertel gekürzt. Nun gibt es einen Ärztemangel und lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten, die obendrein noch Gebühren (Patientengebühr von 13-26 Euro bei jedem Arztbesuch, bis zu 100 Euro im Jahr für Medikamente) zahlen müssen.

USA: Gute Leistungen, aber nicht für alle

Rund 47 Millionen Menschen in den USA haben keine Krankenversicherung. Dennoch geben die US-Amerikaner weltweit am meisten für die Gesundheit aus. Haben sie eine Krankenversicherung, müssen sie für jede Erstleistung einen Selbstbehalt bezahlen (meist einige 100 Dollar im Jahr) und oft auch eine Praxisgebühr entrichten. Weitere Kosten werden dann in einem vorher festgelegten Verhältnis aufgeteilt – etwa 80 Prozent Versicherung und 20 Prozent Versicherte. Wer keine Versicherung hat, muss alles selbst bezahlen und kann nur im Notfall darauf hoffen, dass er im Krankenhaus einen Platz findet.

England: Eine Vision wird zum Alptraum

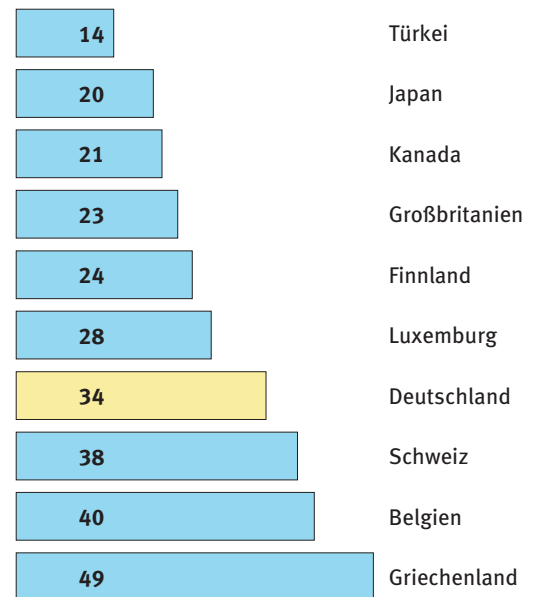
Bei seiner Einführung vor 60 Jahren galt das weitgehend kostenlose, steuerfinanzierte britische Gesundheitssystem National Health Service (NHS) als der große Wurf. Doch eine höhere Lebenserwartung, kostspielige Apparatediagnostik und Arzneimittel trieben die Kosten in die Höhe und führten zu einer chronischen Unterfinanzierung; wegen kränkelnder Steuereinnahmen ließ sich der staatliche Zuschuss kaum erhöhen. Die Folgen sind lange Wartezeiten bei Ärzten und OPs, eine Altersbegrenzung bei bestimmten Operationen, die Zunahme von Todesfällen wegen mangelnder Hygiene in Krankenhäusern und die Ablehnung der Kostenübernahme, z. B. für europaweit übliche Anti-Krebsmedikamente.

Fazit

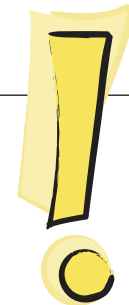
Sieht man sich in der Welt um, so gibt es einzelne Elemente, in denen die Gesundheitsversorgung in anderen Ländern besser ist. In der Summe lässt sich festhalten, dass unser Gesundheitssystem insgesamt aber überdurchschnittlich gut ist: universeller Krankenversicherungsschutz, gute Erreichbarkeit und freie Wahl von (Zahn-)Ärzten, Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäusern, breiter Zugang der Patientinnen und Patienten zu Innovationen, kaum Wartelisten, moderate Zuzahlungen, breites Leistungsspektrum einschließlich Zahnbehandlung und Kuren (die sonst so gut wie unbekannt sind) sowie eine leistungsfähigen Notfallversorgung.

Arztdichte im internationalen Vergleich

Ärzte pro 10.000 Einwohner



Quelle: OECD 2006, BKK Bundesverband



AUFGABE: Erstelle eine Liste:

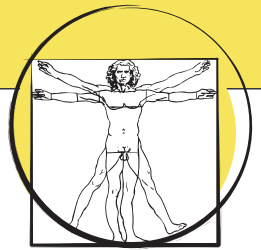
Welche Leistungen der GKV sind dir wichtig, welche nicht? Wofür soll die Gemeinschaft zahlen, was soll jeder privat bezahlen?

Beispiele: Behandlung von Fehlernährung, von Raucherkrankheiten; Sportunfälle; Sonnenschutzcremes.

PERSPEKTIVWECHSEL: Interviewe

deine Eltern, Großeltern, andere Erwachsene: Was würden sie auf die Liste setzen?

Beispiele: automatischer Treppenlift; große Leselupe; Gesichtschirurgie.



Eine Entscheidung für das ganze Leben

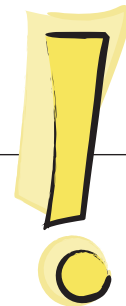
Der Begriff private Krankenversicherung (PKV) steht für die Gesamtheit der privatrechtlich organisierten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Absicherung gegen Krankheitskosten anbieten. Im Unterschied zu gesetzlichen Krankenkassen versichern private Krankenversicherungsunternehmen nur Arbeitnehmer, deren Bruttoeinkommen drei Jahre lang über der gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze (48.150 Euro im Jahr 2008; 4.012,50 monatlich) liegt. Darüber hinaus können auch Selbstständige, Freibe-



rufler und Beamte Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens sein. Wer einmal in der PKV ist, kann in der Regel nicht mehr zurück in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und selbst ein Wechsel innerhalb der PKV ist nicht ganz einfach. Allerdings gibt es heute die klassischen Erwerbsbiographien, bei denen sich das Jahresgehalt im Prinzip nur nach oben entwickelte, nicht mehr. Wer seinen Job wechselt und (wieder) unter die Versicherungspflichtgrenze rutscht, ist grundsätzlich wieder gesetzlich krankenversichert.

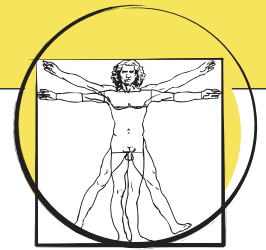
Grundsätzliche Unterschiede zur Gesetzlichen Krankenversicherung:

- In der PKV sind Familienmitglieder nicht kostenfrei mitversichert, sondern müssen sich jeweils separat, d. h. mit zusätzlichen Versicherungsprämien, versichern.
- Der Versicherte ist in der PKV selbst Vertragspartner des Arztes oder Krankenhauses. Es gilt das Kostenerstattungsprinzip, das heißt der Versicherte erhält eine Rechnung für alle Leistungen, die er in Anspruch nimmt, tritt in Vorleistung und rechnet nachträglich die angefallenen Kosten mit seiner Krankenversicherung ab.
- Die Beiträge (Prämien) der Versicherten in der PKV errechnen sich nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und den gewünschten Versicherungsleistungen. Das bedeutet in der Regel, dass die PKV für junge und gesunde Menschen billiger als die GKV ist, für alte und kranke Menschen hingegen teurer.
- Weil im Alter die Prämien oft drastisch steigen, müssen die PKV-Unternehmen einen Standardtarif anbieten, ab 1. 1. 2009 einen Basistarif. Das ist auch der Tarif für bisher nicht Versicherte.



AUFGABE: Nimm Stellung zu den beiden folgenden Aussagen: „Spitzenverdiener sind unsolidarisch, wenn sie nicht in der GKV Mitglied sind.“ „Nur weil Ärzte bei Privatpatienten höhere Gebühren abrechnen können, bleiben gute Mediziner überhaupt in Deutschland. Davon profitieren dann auch wieder die gesetzlich Versicherten.“

RECHERCHE: „Der Versicherte ist in der PKV selbst Vertragspartner des Arztes.“ Können Versicherte eigentlich mit ihren Ärzten feilschen?



Was du selbst tun kannst

Ob du gesund oder krank bist, ist nicht nur Schicksal, sondern hängt stark von deinem Lebensstil ab. Natürlich gibt es keine Garantie auf Gesundheit, aber viele Risiken sind zu vermeiden. Jeder kann viel für seine Gesundheit tun. Darüber hinaus können die Versicherten in gewissem Umfang auch finanziell profitieren. Denn die Krankenkassen fördern die Gesundheit und die Vorsorge ihrer Versicherten.

Gesunder und verantwortungsbewusster Lebensstil

Gesunde Ernährung (viel Obst und Gemüse, wenig Fast Food) und viel Bewegung, kein Nikotin, mäßig Alkohol und den Umgang mit Stress lernen, machen nicht nur gesünder, sondern bewirken auch, dass man sich wohler fühlt und leistungsfähiger ist. Ohne Frühstück in den Tag zu starten ist wie eine Autofahrt ohne Benzin. Zur Eigenverantwortung gehört aber z. B. auch die Benutzung von Kondomen: Sie schützen nicht nur vor Schwangerschaft, sondern auch vor Geschlechtskrankheiten und HIV/Aids.

Mit Vorsorge sparen

Wer immer erst zum Hausarzt geht, hilft seiner Gesundheit und kann damit Zuzahlungen verringern. Bonusprogramme der Kassen unterstützen die Versicherten dabei, gesund zu leben. Dazu gehört z. B. die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen. Die Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell gestalten. Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt er-

halten die Zähne und lohnen sich auch finanziell: Wer regelmäßig beim Zahnarzt war (Nachweis durch Stempel im Bonusheft), erhält bis 30 Prozent Bonus auf den 50 Prozent-Festzuschuss zum Zahnersatz.

Gesünder durch Vorsorge und Früherkennung

Impfungen schützen vor Krankheiten und verhindern Epidemien. Für empfohlene Impfungen übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Je früher eine Krankheit erkannt wird, desto besser. Deshalb bieten die Krankenkassen Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitschecks an und tragen die Kosten ohne Zuzahlungen.

Individuelles Versicherungspaket

Mit Zusatzversicherungen können weitere Leistungen abgesichert werden, z. B. höhere Erstattung beim Zahnarzt, bei Brillen und Kontaktlinsen, sogenannte Alternativmedizin (Homöopathie, Akupunktur), Auslandsreisekrankenversicherung. Abschließen kann man die Zusatzversicherungen auch bei seiner Krankenkasse, wenn diese mit einer Privatversicherung eine entsprechende Vereinbarung hat.

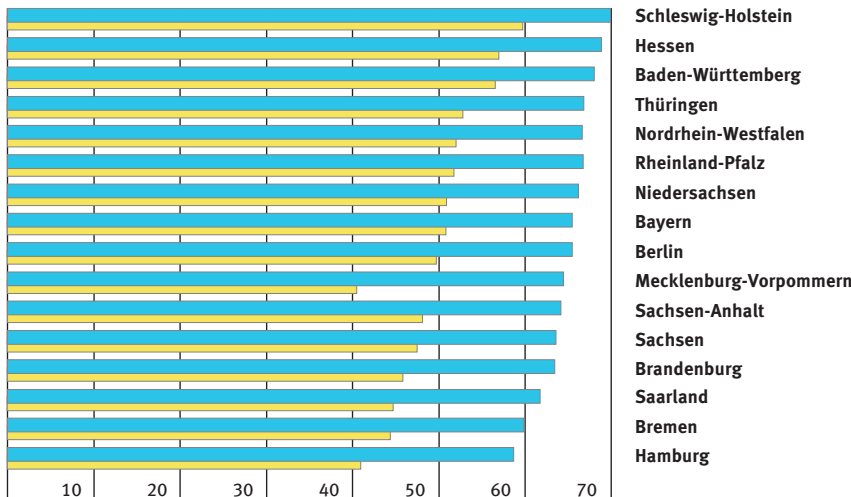
TIPP

Informiert euch, ob eure Krankenkasse ein Bonusprogramm anbietet. Übrigens bietet jede Krankenkasse auf ihrer Webseite Tipps zu den Themen Ernährung, Bewegung, Sucht und Vorsorge.

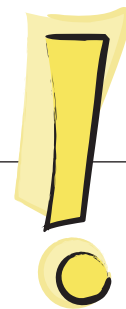
Hamburger am schlanksten

■ Männer
■ Frauen

Anteil der Übergewichtigen an der Bevölkerung in Prozent



Frauen und Männer in Hamburg sind schlanker als der Rest der Republik. Im Bundesdurchschnitt sind 51 Prozent der Frauen und 66 Prozent der Männer übergewichtig (Body-Mass-Index über 25) oder adipös (BMI über 30). Übrigens: Unter einem Wert von 18,50 spricht man von Untergewicht. Quelle: Nationale Verzehrstudie 2008



AUFGABE: „One apple a day keeps the doctor away.“ Denkt euch weitere Redewendungen und Sprüche aus, die sich auf gesunde Ernährung, Selbstverantwortung und Sport beziehen.

AUFGABE: Berechne deinen persönlichen Body-Mass-Index: $\text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$