**Neues Jahr, neue Gesetze: Was sich für Verbraucher 2017 ändert**

**Gesundheit und Pflege**

* [**Pflegebedürftigkeit neu definiert: Menschen mit geistigen und psychischen Problemen werden stärker berücksichtigt. An die Stelle der bisherigen Pflegestufen treten Pflegegrade.**](https://www.verbraucherzentrale.nrw/SES70982284/UNIQ124543582711722/login/link1195498A.html?i=3#pflegebeduerftigkeitneudefiniertmenschenmitgeistigenundpsychischenproblemenwerdenstaerkerberuecksichtigtandiestellederbisherigenpflegestufentretenpflegegrade)
* [**Wer Angehörige oder auch andere Menschen pflegt, wird ab dem nächsten Jahr ‑ sofern einige Bedingungen erfüllt sind - besser abgesichert. Dies schließt sowohl Renten- als auch Arbeitslosenversicherung ein.**](https://www.verbraucherzentrale.nrw/SES70982284/UNIQ124543582711722/login/link1195498A.html?i=3#werangehoerigeoderauchanderemenschenpflegtwirdabdemnaechstenjahrsoferneinigebedingungenerfuelltsindbesserabgesichertdiesschliesztsowohlrentenalsaucharbeitslosenversicherungein)
* Z**uzahlung bei Rezepten: Die Krankenkassen werden höhere Freibeträge von den jährlichen Bruttoeinnahmen abziehen, um die jeweilige Belastungsgrenze von 1 oder 2 Prozent der Einnahmen zu ermitteln.**
* **Eingedampft: E-Zigaretten und Liquids unterliegen neuen Vorgaben der EU: Die Größe der Liquideinheiten wird ebenso beschränkt wie die Nikotinmenge. Außerdem sind etliche der bisher erlaubten Zusatzstoffe künftig untersagt.**
* [**Schwerstkranke bekommen Cannabis auf Rezept. Daran ist jedoch die Bedingung geknüpft, dass die Patienten an einer Erhebung teilnehmen, um mehr Erkenntnisse über die Wirkung von Cannabis zu erhalten.**](https://www.verbraucherzentrale.nrw/SES70982284/UNIQ124543582711722/login/link1195498A.html?i=3#schwerstkrankebekommencannabisaufrezeptdaranistjedochdiebedingunggeknuepftdassdiepatientenaneinererhebungteilnehmenummehrerkenntnisseueberdiewirkungvoncannabiszuerhalten)
* [**Doktor online: Krankenkassen übernehmen in Zukunft auch die Kosten einer Videosprechstunde. Der Kontakt mit dem Arzt via Bild und Ton ist freiwillig. Außer PC, Internetanschluss sowie Webcam braucht`s keine weitere Hard- oder Software.**](https://www.verbraucherzentrale.nrw/SES70982284/UNIQ124543582711722/login/link1195498A.html?i=3#doktoronlinekrankenkassenuebernehmeninzukunftauchdiekosteneinervideosprechstundederkontaktmitdemarztviabildundtonistfreiwilligauszerpcinternetanschlusssowiewebcambrauchtskeineweiterehardodersoftware)

**Pflegebedürftigkeit neu definiert: Menschen mit geistigen und psychischen Problemen werden stärker berücksichtigt. An die Stelle der bisherigen Pflegestufen treten Pflegegrade.**

Wer der Pflege bedarf und in welchem Umfang ‑ darüber wird **ab 1. Januar 2017** nach anderen Kriterien entschieden. Während bislang nur Menschen mit überwiegend körperlichen Gebrechen als pflegebedürftig eingestuft wurden, erfassen die neuen Vorgaben zur Begutachtung in Zukunft auch Hilfebedürftige mit geistigen und psychischen Problemen. Statt Pflegestufen gibt es Pflegegrade, und mehr Menschen als bislang werden Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Wer bereits eine Pflegestufe hat, kann darauf vertrauen, weiterhin zumindest die gewohnte Pflege oder sogar eine in noch höherem Umfang zu erhalten.

Bislang wurde der Grad der Pflegebedürftigkeit vorrangig nach körperlichen Handicaps beurteilt: Maßgeblich für die Zuordnung in eine der drei Pflegestufen war, wie viele Minuten Hilfe ein pflegebedürftiger Mensch bei verschiedenen Verrichtungen benötigt. Mit der neuen Systematik wird künftig abgeklärt, wie selbstständig Antragsteller ihren Alltag bewältigen können und wie viel Unterstützung sie dabei brauchen. Dazu werden sechs Lebensbereiche geprüft (etwa Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Gestaltung des Alltagslebens) und – mit unterschiedlicher Gewichtung – zusammenfassend bewertet. Danach wird der Pflegegrad bemessen – fünf Pflegegrade lösen die bisherigen drei Pflegestufen ab.

Weil anders begutachtet wird, werden mehr Menschen erstmals Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen. Denn der neue Pflegegrad 1 berücksichtigt Personen, die bis jetzt nur gering hilfebedürftig sind, aber im Alltag personelle Unterstützung brauchen (beim Verlassen der Wohnung, bei der Haushaltsführung oder zumindest teilweise bei der Selbstversorgung); im jetzigen System haben sie gar keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Ab 2017 können sie sich für Hilfen, die sie im Alltag unterstützen, bis zu 125 Euro erstatten lassen. Wer in einem Pflegeheim wohnt, erhält 125 Euro als Zuschuss.

Wie bei den alten Pflegestufen richten sich auch die neuen Pflegegrade (PG) danach, wie viel Hilfe jemand benötigt. Je höher dabei der Pflegegrad, desto höher die Leistungen, die die Pflegebedürftigen erhalten.

* PG 1 ‑ geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
* PG 2 ‑ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
* PG 3 ‑ schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
* PG 4 ‑ schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit
* PG 5 ‑ schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Die Überleitung von den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade erfolgt automatisch, ohne dass ein neuer Antrag oder eine erneute Begutachtung nötig werden. **Bis zum 1. Januar 2019** wird auch keine Begutachtung wiederholt ‑ selbst wenn sie bereits angekündigt oder geplant ist. Menschen mit körperlichen Einschränkungen werden in den nächst höheren Pflegegrad eingestuft. Pflegebedürftige mit Demenz (Fachbegriff: eingeschränkte Alltagskompetenz) werden stets zwei Pflegegrade höher eingestuft. Im Einzelnen gilt daher:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bis Dezember 2016** | **Ab Januar 2017** |
| Pflegestufe 0 mit eingeschränkterAlltagskompetenz Pflegestufe I | Pflegegrad 2 |
| Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz Pflegestufe II | Pflegegrad 3 |
| Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz Pflegestufe III | Pflegegrad 4 |
| Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz Pflegestufe III plus Härtefall und/oder eingeschränkter Alltagskompetenz | Pflegegrad 5 |

 |  |

* **Wie viel die Pflegeversicherung künftig zahlt**

Ab dem nächsten Jahr erhalten Personen mit den Pflegegraden 2 bis 5 Leistungen der Pflegeversicherung. Wie viel es genau gibt, zeigt unsere tabellarische Übersicht.

Leistungen der Pflegeversicherung 2017:

|  |  |
| --- | --- |
| **Leistung** | **Pflegegrade** |
| **1\*** | **2**(0, I) | **3**(I+eA, II) | **4**(II+eA, III) | **5**(III+eA, III+ Härte) |
| **Pflegegeld** | **ab 2017** |  | **316 €** | **545 €** | **728 €** | **901 €** |
| bis 2016 |  | (Pst 0) 123 €(Pst I) 244 € | (Pst I+eA) 316 €(Pst II) 458 € | (Pst II+eA) 545€(Pst III) 728 € | (Pst III+eA) 728 € |
| **Pflegesach-leistungen** | **ab 2017** |  | **689 €** | **1.298 €** | **1.612 €** | **1.995 €** |
| bis 2016 |  | (Pst 0) 231 €(Pst I) 468 € | (Pst I+eA) 689 €(Pst II) 1.144 € | (Pst II+eA) 1.298 €(Pst III) 1.612 € | (Pst III+eA) 1.612 €(Pst III + Härte) 1.995 € |
| **Tages- und Nachtpflege** | **ab 2017** |  | **689 €** | **1.298 €** | **1.612 €** | **1.995 €** |
| bis 2016 |  | (Pst 0) 231 €(Pst I) 468 € | (Pst I+eA) 689 €(Pst II) 1.144 € | (Pst II+eA) 1.298 €(Pst III) 1.612 € | (Pst III+eA) 1.612 € |
| **Vollstationäre Pflege** | **ab 2017** |  | **770 €** | **1.262 €** | **1.775 €** | **2.005 €** |
| bis 2016 |  | (Pst I) 1.064 € | (Pst I+eA) 1.064 €(Pst II) 1.330 € | (Pst II+eA) 1.330 €(Pst III) 1.612 € | (Pst III+eA) 1.612 €(Pst III + Härte) 1.995 € |

Abkürzungen:
Pst = Pflegestufe
eA = eingeschränkte Alltagskompetenz

*\* Der Pflegegrad 1 erstreckt sich auf Personen, die nur wenig personelle Unterstützung (Teilhilfe bei Selbstversorgung, Verlassen der Wohnung, Haushaltsführung) benötigen. Dies betrifft vor allem diejenigen, die nach dem bisherigen System gar keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Ab 2017 können sie sich für Hilfen, die sie im Alltag unterstützen, bis zu 125 Euro erstatten lassen. Wer in einem Pflegeheim wohnt, erhält 125 Euro als Zuschuss.*

* **Bestandsschutz für alle, die bereits 2016 Leistungen beziehen oder dieses Jahr noch einen Antrag stellen**

Für alle, die am 1. Januar 2017 bereits eine Pflegestufe haben, wird sichergestellt, dass sie aufgrund der Umstellung keine finanziellen Nachteile erfahren. Wer gegebenenfalls aufgrund der neuen Regelungen nur noch Anspruch auf geringere Leistungen der Pflegeversicherung hätte, kann nicht schlechter gestellt werden; ein eventuelles Minus in Euro und Cent gleicht die Pflegekasse durch einen Zuschuss aus. Das hat der Gesetzgeber durch den sogenannten Besitzstandsschutz garantiert.

Auch alle diejenigen, die aufgrund von Einschränkungen noch **bis zum 31. Dezember 2016** einen Antrag auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit stellen, werden nach den Regelungen begutachtet, die bis zum Ende dieses Jahres gelten. Und die Leistungen, die sie erhalten, richten sich ebenfalls nach den derzeitigen Bestimmungen. Sie genießen dann gleichfalls Bestandsschutz. Dies gilt auch, wenn der Antrag 2016 gestellt wurde, der Gutachter aber erst 2017 kommt.

* **Verbesserungen für pflegebedürftige Kinder**

Die neue Begutachtung erlaubt es, besser auf die Belange von Kindern einzugehen. Dabei wird berücksichtigt, dass sich ihr jeweiliger Pflegebedarf stark von dem Erwachsener unterscheidet. Als Vergleichsmaßstab gelten gesunde gleichaltrige Kinder.

Eine Sonderregelung gibt es für Kinder bis zu 18 Monaten. Sie werden einen Pflegegrad höher eingestuft als Erwachsene mit gleicher Bedürftigkeit. Diesen Pflegegrad können sie ohne eine erneute Begutachtung bis zum 18. Lebensmonat behalten ‑ es sei denn, ihre Situation verbessert oder verschlechtert sich und macht deshalb eine erneute Begutachtung erforderlich.

* **Eigenleistungen bei Pflege im Heim**

Ab dem 1. Januar 2017 sollen die Eigenanteile aller Bewohner einer Einrichtung ab Pflegegrad 2 gleich hoch sein. Erhöht sich die Pflegebedürftigkeit und führt zu einem höheren Pflegegrad, wird dies dann nicht mehr wie bislang mit einen Anstieg des Eigenanteils verbunden sein. Pflegebedürftige und ihre Familien sollen die finanzielle Belastung so besser planen können.

Allerdings müssen sich einige Personen, die ab 1. Januar 2017 in ein Pflegeheim einziehen, auf höhere Eigenleistungen bei der stationären Unterbringung einstellen. Die Zuzahlung für die unteren Pflegegrade gegenüber den bisherigen Beträgen wird wohl deutlich ansteigen, während sie für die höheren gleich bleibt oder sich im Vergleich zu den bisherigen Eigenleistungen sogar verringert. Für alle diejenigen, die bereits 2016 in einem Pflegeheim wohnen, wird die Differenz, die sich daraus ergeben kann, von den Pflegeversicherungen übernommen.

**Wer Angehörige oder auch andere Menschen pflegt, wird ab dem nächsten Jahr ‑ sofern einige Bedingungen erfüllt sind - besser abgesichert. Dies schließt sowohl Renten- als auch Arbeitslosenversicherung ein.**

* **Rentenversicherung**

Für Pflegepersonen verringern sich **ab dem 1. Januar 2017** die Voraussetzungen, wann Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden. Erforderlich ist dabei:

* Die Pflegeperson pflegt eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5.
* Die Pflege ist nicht erwerbsmäßig.
* Die Pflege findet wenigstens zehn Stunden wöchentlich statt.
* Die Pflege ist verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche.
* Der Pflegebedürftige wird in seiner häuslichen Umgebung betreut.
* Die Pflegeperson ist regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig.
* **Arbeitslosenversicherung**

Neu ist im nächsten Jahr, dass Pflegepersonen erstmals in der Arbeitslosenversicherung (ALV) versichert werden. Dafür muss eine dieser Voraussetzungen erfüllt sein:

* Unmittelbar vor der Pflegetätigkeit bestand für die Pflegeperson Versicherungspflicht in der ALV.
* Die Pflegeperson hat eine Leistung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) III, wie zum Beispiel Arbeitslosengeld, bezogen.

Pflegepersonen haben dann die Möglichkeit, nach dem Ende der Pflegetätigkeit Arbeitslosengeld zu beantragen und Leistungen der Arbeitsförderung zu beanspruchen. Achtung: Diese Regelung greift nur, sofern nicht aktuell ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung besteht, beispielsweise aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung.

Z**uzahlung bei Rezepten: Die Krankenkassen werden höhere Freibeträge von den jährlichen Bruttoeinnahmen abziehen, um die jeweilige Belastungsgrenze von 1 oder
2 Prozent der Einnahmen zu ermitteln.**

Höhere Freibeträge schonen **ab 1. Januar 2017** den Geldbeutel bei den üblichen Zuzahlungen zu Rezepten und therapeutischen Behandlungen. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen können dann für den im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner 5.355 Euro (bisher: 5.229 Euro) abgezogen werden. Der Kinderfreibetrag wird von bisher 7.248 Euro auf 7.356 Euro für jedes Kind angehoben.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen seit 2004 Zuzahlungen zu ärztlichen Verordnungen leisten (ausgenommen sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr). Dabei hat der Gesetzgeber allerdings eine Belastungsgrenze von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen als Deckel festgelegt (bei chronisch Kranken: 1 Prozent). Wird dieses Limit überschritten, ist der Versicherte von weiteren Zuzahlungen befreit.

Bei der Berechnung ziehen die Krankenkassen von den jährlichen Bruttoeinkünften die jeweiligen Freibeträge ab ‑ und zwar für mit im Haushalt lebende Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sowie für Kinder.

**Eingedampft: E-Zigaretten und Liquids unterliegen neuen Vorgaben der EU. Die Größe der Liquideinheiten wird ebenso beschränkt wie die Nikotinmenge. Außerdem sind etliche der bisher erlaubten Zusatzstoffe künftig untersagt.**

Die etwa drei Millionen „Dampfer“ werden hierzulande **ab dem 20. Mai 2017** nur noch Liquids und E-Zigaretten kaufen können, die den Vorgaben der Tabakproduktrichtlinie (TPD 2) der EU entsprechen. So wird es etwa die Flüssigkeiten für E-Zigaretten nur noch als Liquideinheiten mit 10 Millilitern geben. Neben der Größenbeschränkung wird auch die Nikotin-Dosierung eingedampft: 20 Milligramm pro Milliliter sind hier maximal noch erlaubt.

Darüber hinaus werden bestimmte Zusatzstoffe untersagt, etwa Vitamine, die den Eindruck erwecken, dass eine elektronische Zigarette oder ein Nachfüllbehälter einen gesundheitlichen Nutzen hat. Aber auch andere Beimengungen sind für Liquids künftig tabu ‑ zum Beispiel Koffein oder Taurin sowie andere Zusatzstoffe und stimulierende Mischungen, die mit Energie und Vitalität assoziiert werden oder solche, die das Inhalieren oder die Nikotinaufnahme erleichtern.

Außerdem braucht es umfangreiche Beipackzettel, die über Inhaltsstoffe, toxikologische Untersuchungen sowie Nachweise zu suchterzeugenden Wirkungen der Flüssigkeiten fürs E-Dampfen informieren. E-Zigaretten und Fläschchen zum Nachfüllen müssen einen Mechanismus besitzen, der ein Auslaufen verhindert. Und nicht zuletzt müssen E-Zigaretten kindersicher sein.

Die Vorgaben aus Brüssel wurden mit dem Tabakerzeugnisgesetz vom 4. April 2016 und der darauf gestützten Tabakerzeugnisverordnung in deutsches Recht umgesetzt. Diese sind bereits am 20. Mai 2016 in Kraft getreten. Schon seit November dieses Jahres müssen Hersteller bei der Produktion die neuen Vorgaben einhalten; Restbestände dürfen noch bis zum 19. Mai 2017 verkauft werden.

**Schwerstkranke bekommen Cannabis auf Rezept. Daran ist jedoch die Bedingung geknüpft, dass die Patienten an einer Erhebung teilnehmen, um mehr Erkenntnisse über die Wirkung von Cannabis zu erhalten.**

Gesetzliche Krankenkassen dürfen künftig auch Kosten für Arzneimittel auf Cannabisbasis übernehmen. Dies wird bei schwerstkranken Menschen erlaubt sein, deren Leiden auf anderem Weg nicht gemildert oder behandelt werden können. Cannabis ‑ als Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon oder in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten ‑ wird für diese Patienten auf dem speziellen Betäubungsmittel-Rezept in standardisierter Qualität in der Apotheke erhältlich sein.

Das sieht das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vor. In Kraft tritt es mit Verkündung im Bundesgesetzblatt. Das Bundesgesundheitsministerium geht von einem Termin **im Frühjahr 2017** aus.

Arzneimittel auf Basis von Cannabis können zum Beispiel sinnvoll in der Schmerztherapie bei chronischen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei der ersten Verordnung muss die Krankenkasse, bevor die Behandlung beginnt, zunächst erklären, dass sie die Kosten auch übernimmt. Die Krankenkasse beauftragt den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Behandlung erfüllt sind.

An den Anspruch auf Übernahme der Kosten durch die Kassen ist die Bedingung geknüpft, dass der Patient an einer begleitenden Erhebung teilnimmt. Damit sollen weitere Erkenntnisse über die Wirkung von Cannabis gewonnen werden. Die behandelnden Ärzte übermitteln dazu ohnehin vorliegende Daten – zum Beispiel zur Diagnose, Therapie, Dosis und Nebenwirkungen – anonymisiert an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Mit der Erhebung sollen auch Informationen zum langfristigen Gebrauch von Cannabis zu medizinischen Zwecken gesammelt werden.

Für die Versorgung mit Cannabis-Arzneien in standardisierter Qualität soll der Anbau von Cannabis-Pflanzen zu medizinischen Zwecken in Deutschland ermöglicht werden. Dazu soll eine staatliche „Cannabisagentur“ aufgebaut werden. Dass Patienten selbst anbauen, bleibt aus gesundheits- und ordnungspolitischen Erwägungen verboten.

**Doktor online: Krankenkassen übernehmen in Zukunft auch die Kosten einer Videosprechstunde. Der Kontakt mit dem Arzt via Bild und Ton ist freiwillig. Außer PC, Internetanschluss sowie Webcam braucht`s keine weitere Hard- oder Software.**

Um Untersuchungsergebnisse zu besprechen oder zur Nachsorge und Kontrolle können Patienten im nächsten Jahr „Doktor online“ zu Rate ziehen: **Ab dem 1. Juli 2017** wird die Videosprechstunde Teil der vertragsärztlichen Regelversorgung.

Den gesetzlich Krankenversicherten entstehen keine Kosten – und die Konsultation via Bild und Ton übers Internet ist kein Muss, sondern für die Patienten freiwillig.

Das bereits am 1. Januar 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz will telemedizinische Leistungen fördern und damit den Kontakt zwischen Arzt und Patient insbesondere bei den Nachsorge- sowie Kontrollterminen erleichtern. Mit der künftigen Vergütung der Tele-Konsultation wird hierzu ein nächster Schritt gemacht.

Videosprechstunden sind etwa geeignet, um zu besprechen, ob andere Medikamente sinnvoll sind. Oder wenn es gilt, den Krankheitsverlauf - beispielsweise die Wundheilung nach einer Operation – abzuklären oder einen therapeutischen Erfolg einzuschätzen. Ein vorheriger persönlicher Arztkontakt wird zwingend vorausgesetzt, denn die Videosprechstunde darf eine Behandlung nicht ersetzen, sondern kann diese lediglich ergänzen.

Egal ob persönliche Konsultation oder Online-Sprechstunde: Der Arzt haftet für Behandlungsfehler.

Videosprechstunden können Ärzte anbieten, wenn es ihnen für die individuelle Weiterbehandlung des Patienten geeignet erscheint. In der Praxis, telefonisch oder online wird dieses Angebot dann „verordnet“ – der Patient erhält einen persönlichen Zugangscode für eine Internetplattform und einen Online-Termin. Zum vereinbarten Zeitpunkt loggt sich der Patient dann an seinem Laptop oder PC über die Webseite und Zugangscode ins virtuelle Wartezimmer ein ‑ auf der anderen Seite ruft der Arzt an seinem Bildschirm dann auf. Nach dem Gespräch trennt der Patient die Verbindung zum Arzt.

Neben PC mit Internetverbindung und einer Webcam ist keine zusätzliche Hard- oder Software erforderlich. Die Inhalte der Online-Gespräche zwischen Arzt und Patient dürfen nicht gespeichert werden. Außerdem gelten hohe Sicherheits- und Verschlüsselungsstandards.

Insbesondere in ländlichen Regionen kann die Videosprechstunde weite Wege ersparen und Versorgungslücken schließen. Auch können lange Wartezeiten via Telemedizin vermieden werden (und damit auch die Ansteckungsgefahr im Wartezimmer) sowie Ärzte auch außerhalb der regulären Sprechzeiten erreichbar sein.

Bislang wurden telemedizinische Anwendungen in Pilotprojekten von Krankenkassen mit einzelnen Ärzteverbänden erprobt. Bei den Krankenkassen können bereits bestehende Kooperationen zur Video-Sprechstunde erfragt werden.

Achtung: Jenseits der Pilotprojekte bieten einzelne Ärzte die Videosprechstunde bereits jetzt an und rechnen diese mit den Patienten als private Zusatzleistung ab. Es empfiehlt sich daher, sich vorab genau nach den Kosten zu erkundigen.