

Krankenversicherung, gesetzliche: Leistungsüberblick

Leistungsarten der gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick

Leistungsart	Höhe	Erläuterungen
Ärztliche Behandlung	Volle Kostenübernahme. 10 Euro Zuzahlung pro Quartal - Praxisgebühr.	Ohne zeitliche Begrenzung. Überweisungen im gleichen Quartal, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen sind befreit.
Zahnärztliche Behandlung	Volle Kostenübernahme. 10 Euro Zuzahlung pro Quartal.	Ohne zeitliche Begrenzung. Kontrollbesuche befreit.
Arzneimittel	Kostenübernahme unter Berücksichtigung des Versichertenanteils. Zuzahlung 10 % des Preises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro pro Arzneimittel.	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht übernommen. Ausnahmen: Kinder bis 12. Lebensjahr und Jugendliche bis 18. Lebensjahr bei bestimmten Indikationen, keine Kosten für Mittel für die private Lebensführung (z. B. Viagra, Raucherentwöhnung usw.).
Auslandsversicherungsschutz	Umfang richtet sich nach dem Aufenthaltsland.	Der Versicherungsschutz besteht bei Entsendung von kranken versicherungspflichtigen Arbeitnehmern ins Ausland, die dann dort erkranken - z. T. auch bei Auslandsaufenthalt, z. B. Urlaub, soweit das besuchte Land ein Staat der EU ist oder mit diesem ein Sozialversicherungsabkommen besteht. In Ländern ohne Sozialversicherungsabkommen besteht kein Versicherungsschutz.

		Für ältere Versicherte gelten Sonderregelungen - (§ 18 Abs. 3 SGB V).
Brillen	Sehhilfen für Kinder bis zum 18. Lebensjahr.	Schwer sehbeeinträchtigte Versicherte erhalten auch weiter erforderliche Sehhilfen. Für Erwachsene keine Übernahme von Brillen und Sehhilfen.
Fahrkosten	Nur aus zwingenden medizinischen Gründen. Zuzahlung je Fahrt: 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro höchstens 10 Euro. Bei Fahrtkosten sind auch Kinder zu Zuzahlungen verpflichtet.	Fahrten zur ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung (Richtlinie mit Ausnahmefällen), Krankenhausverlegung nur aus zwingenden medizinischen Gründen oder mit Einwilligung der Krankenkasse.
Gesundheitsförderung (Prävention und Selbsthilfe)	Aufwendungen für Prävention sollen für jeden der Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro (Stand 2000 – Erhöhung um prozentuale Steigerung der mtl. Bezugsgröße) umfassen. Teilnahme der Versicherten kann zu finanziellem Bonus führen.	Satzungsleistungen zur Primärprävention, die den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen verbessern und einen Beitrag zur Vermeidung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. (Kriterien und Handlungsfelder durch Spitzenverbände der Krankenkassen).
Häusliche Krankenpflege	Stellung einer Pflegeperson oder angemessene Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Kranken- pflegeperson, wenn eine andere im Haushalt lebende Person nicht pflegen kann. Zuzahlung: Wenn 18. Lebensjahr vollendet, 10 Euro je Verordnung und in den ersten 28 Kalendertagen 10 % der Kosten.	Häusliche Krankenpflege durch Krankenpflegepersonen zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhauspflege für die Dauer von 4 Wochen (Verlängerung möglich), wenn eine im Haushalt lebende Person nicht pflegen kann. Zuzahlung für Erwachsene: 10 Euro je Verordnung und für 28 Kalendertage 10 % der Kosten.

Haushaltshilfe	<p>Stellung einer Haushaltshilfe oder angemessene Erstattung der Kosten für eine Ersatzkraft 2004 in den alten und neuen Bundesländern: je Kalendertag 60 EUR je Arbeitsstunde 7,55 EUR Zuzahlung: 10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro je Kalendertag der Inanspruchnahme. Die Krankenkasse kann (hier jeweilige Satzungsregelungen beachten) auch in anderen Fällen Haushaltshilfe erbringen.</p>	<p>Voraussetzungen für Haushaltshilfe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterführung des Haushalts wegen Krankenhausaufenthalt (oder ähnlichen Gründen) nicht möglich, • ein Kind im Haushalt unter 8 Jahren, • keine im Haushalt lebende Person, die den Haushalt weiterführt kann. <p>Für Verwandte und Verschwäger- te bis zum 2. Grad werden keine Kosten erstattet. Die Krankenkasse kann auch in anderen Fällen Haushaltshilfe erbringen (hier sind die konkreten Regelungen in der Satzung zu beachten).</p>
Heilmittel	<p>Volle Kostenübernahme bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Nach vollendetem 18. Lebensjahr Zuzahlung: 10 Euro je Verordnung und zuzüglich 10 % der Kosten.</p>	<p>Heilmittel sind z. B. Beschäftigungs-, Bewegungs- und Sprachtherapie, Krankengymnastik, Massagen, medizinische Bäder. Heilmittel von geringem oder umstrittenem Nutzen können ausgeschlossen werden (§ 34 SGB V).</p>
Hilfsmittel	<p>Bis zum 18. Lebensjahr volle Kosten bis zum vereinbarten Festbetrag oder vereinbartem Preis, soweit nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro. Bei Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (Ernährungs sonden, bei Inkontinenz Windeln) Zuzahlung: 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro pro Monat</p>	<p>Hilfsmittel sind z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, orthopädische Schuhe, Prothesen. Soweit Hilfsmittel (auch) Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind, wird dieser Gebrauchswert angerechnet.</p>
Kieferorthopädische Behandlung	<p>Übernahme zunächst 80% der Behandlungskosten, 90%, wenn mindestens 2 unter 18 Jahre alte Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sind. Keine Kostenerstattung; Zahnarzt rechnet Kosten</p>	<p>Der Anteil des Versicherten wird nach abgeschlossener Behandlung erstattet. Für kieferorthopädische Behand-</p>

direkt mit Krankenkasse ab.

lungen nach dem vollendeten 18 Lebensjahr gibt es keine Kostenübernahme.

Ausnahme: Schwere Kieferanomalien.

Krankenhauspflege

Ohne zeitliche Begrenzung.
Zuzahlung: 10 Euro pro Tag, maximal für 28 Tage im Kalenderjahr soweit 18. Lebensjahr vollendet.

Ohne sonstige Begrenzung, z. B. bei hohen Kosten, also auch bei Herzoperationen, Transplantationen Kostenübernahme.

Krankengeld

- nur noch bis 31.12.2005 Kassenleistung
- ab 1.1.2006 verpflichtend privat zu versichern

70 % des Regelentgelts, höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung aber nicht mehr als 90 % des Nettoarbeitsverdienstes. Das Krankengeld kann sich verringern um den Versicherungsanteil zur Renten- und Arbeitslosenversicherung aus dem Krankengeld (§§ 166 SGB VI und 345 SGB III).
Das Krankengeld erhöht sich nach Ablauf eines Jahres nach Ende des Bemessungszeitraumes.

Krankengeld wird gezahlt für

- 78 Wochen innerhalb eines Dreijahreszeitraums, wenn es sich um dieselbe Krankheit handelt,
- Künstler und Publizisten ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit,
- Krankengeld wird gezahlt, wenn und solange Arbeitsunfähigkeit vorliegt und solange Arbeitsentgelt (z. B. nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz) nicht gewährt wird.

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Fernbleiben von der Arbeit wegen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach ärztlichem Zeugnis.

Leistungen werden weiterhin über die Krankenkassen geleistet. Weil es sich aber um Leistungen im gesellschaftlichen Interesse handelt, werden sie **künftig aus Steuermitteln** wieder den Krankenkassen **ersetzt**.

Künstliche Befruchtung

Leistung der Krankenkassen: Eigenbeteiligung 50 % der Kosten

Reduzierung des Anspruchs von bisher 4 auf 3 Versuche und nur zu jeweils 50 % der Kosten. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren und Männer bis 50 Jahre.

**Medizinische
Vorsorge für
Mütter**

Regelungen trifft die jeweilige Satzung der Krankenkasse. Diese kann volle Kostenübernahme oder nur Zuschüsse vorsehen.
Bei voller Kostenübernahme beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Kalendertag.

Medizinische Leistungen für Mütter (oder Väter) können auch als Mutter- (Vater-) Kind-Maßnahme erbracht werden.

**Mutterschafts-
hilfe**

- ärztliche Behandlung

Volle Kostenübernahme.

Zuzahlung s. ärztliche Behandlung
- Hebammenhilfe

Volle Kostenübernahme.

Keine Kostenbeteiligung der Versicherten.
- Arzneien

s. Arzneimittel.
- Entbindungsanstaltspflege

Volle Kostenübernahme.
S. Krankenhauspflege

Entbindungsanstaltspflege bis bis zu 6 Tagen nach der Entbindung, danach ggf. Krankenhauspflege.
- Häusl. Pflege und Haushaltshilfe

S. Häusl. Krankenpflege und Haushaltshilfe

Zuzahlung wie Häusl. Pflege.
- Mutterschaftsgeld

Durchschnittlicher Nettoverdienst höchstens 13 Euro täglich.
Wird von der Krankenkasse geleistet aber als im gesellschaftlichen Interesse liegend **künftig Er-satz** an Krankenkasse **aus Steuermittel**.

Versicherte, die bei Beginn der Schutzfrist beschäftigt sind, erhalten das Mutterschaftsgeld für 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung bzw. 12 Wochen nach der Entbindung bei Früh- und Mehrlingsgeburten. Konnte der Zeitraum vor der Entbindung nicht voll in Anspruch genommen werden, so verlängert sich der gesamte Zeitraum entsprechend.

Rehabilitationsmaßnahmen

- **Ambulante Rehabilitationsleistungen**
Wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht, sollen ambulante Rehabilitationsleistungen für längstens 20 Behandlungstage erbracht werden. Zuzahlung 10 Euro pro Tag, wenn 18. Lebensjahr vollendet.
Ambulante Leistungen werden in Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag erbracht.
- **Stationäre Rehabilitationsleistungen**
Volle Kostenübernahme. Ab Vollendung des 18. Lebensjahres. Zuzahlung 10 Euro kalendertäglich, bei Anschlussrehabilitation (AHB) längstens für 28 Tage im Kalenderjahr.
Rehabilitationsmaßnahmen werden frühestens alle 4 Jahre i. d. R. für 3 Wochen (Verlängerung möglich) gewährt. Falls medizinisch erforderlich, auch erneute Maßnahme früher als nach 4 Jahren. Maßnahmen dienen der Eingliederung von Kranken und Behinderten in Beruf und Gesellschaft.

Schutzimpfungen

- Schutzimpfungen können eingeführt werden; sie sind in der Satzung festzulegen und zu regeln (in der Regel werden mindestens die öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen gewährt – vielfach gehen die Regelungen darüber hinaus).
- Für private Auslandsreisen dürfen keine Schutzimpfungen gewährt werden. Eine Ausnahme besteht bei beruflich bedingten Auslandsreisen.

Sonstige Hilfen

- **Empfängnisverhütung**
Leistungsgewährung durch die Krankenkasse.
Ersatz der Kosten an die Krankenkasse **aus Steuermitteln**.
- **Sterilisation**
Wenn aus Gründen der persönlichen Lebensplanung, Keine Kostenübernahme. Wenn aus medizinischen Gründen erforderlich, Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.
Finanzierung durch den Versicherten selbst.
- **Schwangerschaftsabbruch**
Leistung wird zunächst für den Versicherten durch die Krankenkasse wie bisher gewährt.
Leistung liegt im gesellschaftlichen Interesse, deshalb **Finanzierung über Steuermittel** im Wege

der Erstattung der aufgewendeten Kosten an die Krankenkasse.

Stationäres Hospiz

Zuschuss muss die Satzung der Krankenkasse regeln. Tägliche Untergrenze sind 6 % der monatlichen Bezugsgröße (2004 = 144,90 Euro)

Der Zuschuss wird gewährt, wenn ambulante Behandlung im Haushalt nicht möglich und eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist.

Sterbegeld

525 EUR, für mitversicherte Familienangehörige
262,50 EUR.

Sterbegeld wird nur noch gezahlt, wenn der Verstorbene am 1.1.1989 gesetzlich versichert war.

Vorbeugende Maßnahmen

- ambulante Vorsorgekur

Leistungen sind ärztliche Behandlung, Kurmittel, Arznei-, Heil-, Hilfsmittel. Reichen diese Mittel nicht aus, kann in Vorsorgeeinrichtungen in anerkannten Kurorten ambulante Leistungen erbracht werden. Dazu kann Zuschuss nach Satzung von täglich bis 13 Euro gewährt werden (für chronisch kranke Kleinkinder Zuschuss bis täglich 21 Euro)

Erst nach 4 Jahren, bis 3 Wochen.

- Vorsorgekur

Wenn ambulante Kur nicht ausreicht: Volle Kostenübernahme bei Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung. Versicherte ab vollendetem 18. Lebensjahr zahlen 10 Euro Eigenanteil pro Kalendertag.

Erneute Kur jeweils erst nach Ablauf von 4 Jahren. Kuren anderer Sozialleistungsträger werden auf Frist angerechnet. Dauer bis 3 Wochen (Verlängerung möglich). Für Kinder bis zum 14. Lebensjahr sollen Vorsorgekuren i.d.R. für vier bis 6 Wochen erbracht werden.

- Gesundheitsuntersuchungen

Volle Kostenübernahme bei Versicherten ab vollendetem 35. Lebensjahr.

Alle 2 Jahre. Untersuchung auf Herz-, Kreislauf-, Nieren und Zuckerkrankheit.

<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung von Krebserkrankungen 	<p>Volle Kostenübernahme für Frauen ab dem 20. und für Männer ab dem 45. Lebensjahr.</p>	<p>Der Anspruch besteht höchstens einmal jährlich.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgekuren für Mütter 	<p>Entsprechend Regelung in der Satzung. Wenn volle Kostenübernahme Eigenanteil 10 Euro pro Kalendertag.</p>	<p>Volle Kostenübernahme oder Zuschuss möglich. Nur in Vertragseinrichtungen. Auch als Mutter-Kind-Kur.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchungen für Kinder 	<p>Volle Kostenübernahme bis zum vollendeten 6. Lebensjahr; ab vollendetem 10. Lebensjahr für eine Untersuchung.</p>	
<p>Zahnärztliche Untersuchungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen</p>	<p>Individualprophylaxe: Volle Kostenübernahme halbjährlich, wenn das 6. aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet ist. Wichtig für Zahnersatzbonus.</p> <p>Gruppenprophylaxe: Förderung von Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.</p>	<p>Zur Verhütung von Zahnerkrankungen.</p> <p>Vornehmlich in Gruppen in den Kindergärten und in den Schulen.</p>
<p>Zahnersatz</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur noch bis 31.12.2004 Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. • ab 1.1.2005 verpflichtend privat versichern 	<p>Zuschuss in Höhe 50 % der Kosten einer vertraglichen Versorgung.</p>	<p>Bei regelmäßiger Prophylaxe bzw. Zahnpflege (Erwachsene 1 mal jährlich Zahnarztbesuch, bei Jugendlichen 2 mal jährlich Individualprophylaxe) erhöhen sich die Zuschüsse auf 60 bis 65 % (§ 30 SGB V) der Kosten.</p>