

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gliedern sich in die Bereiche Pflicht- und Mehrleistungen.

Die Pflichtleistungen sind im Sozialgesetzbuch (SGB) festgeschrieben - sie gelten für alle Krankenkassen. Zudem regelt das Gesetz an einigen Stellen, dass die Pflichtleistungen durch die Kassen freiwillig ergänzt werden dürfen (Mehrleistungen). Die Mehrleistungen variieren von Krankenkasse zu Krankenkasse.

Hier finden Sie eine Zusammenfassung der Pflichtleistungen (alphabetisch sortiert):

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung, sofern diese durch einen von den Krankenkassen zugelassenen Arzt erbracht wird. Die Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der (schulmedizinischen) ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Der Versicherte hat das Recht, sich unter allen Ärzten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (auch "Kassenarzt" genannt), den Arzt seiner Wahl auszusuchen.

Arznei- und Verbandmittel

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln.

Behandlung im Ausland

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen sich auch im europäischen Ausland ambulant behandeln lassen. Die Krankenkassen müssen auch ohne vorherige Genehmigung die Kosten erstatten, die für dieselbe Behandlung in Deutschland zu Lasten der Kassen entstanden wären. Ausgenommen von dieser Regelung sind stationäre Behandlungen in Kliniken. Hier wird die vorherige Genehmigung der Kasse notwendig.

Empfängnisverhütung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Dazu gehören auch die erforderlichen Untersuchungen sowie die entsprechende Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

Wichtig: Mit "Verordnung" ist nicht "Versorgung" gemeint, sondern lediglich die Ausstellung des Rezeptes.

Heilmittel

Es handelt sich um Leistungen wie Massagen, Bäder oder Krankengymnastik, die u.a im Rahmen der ärztlichen Behandlung oder ambulanten Behandlung im Krankenhaus bzw. Rehabilitationseinrichtung erbracht werden. Als Heilmittel gelten insbesondere die

- * physikalische Therapie
- * Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- * Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Hilfsmittel, Seh- und Hörhilfen

Zu den Hilfsmitteln zählen insbesondere Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke sowie orthopädische Hilfsmittel, wenn diese nicht als "allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens" anzusehen sind. Der Anspruch umfasst ebenfalls die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung.

Impfungen

Seit 01.04.2007 müssen die Kassen alle von der "Ständigen Impfkommission" des Robert-Koch-Instituts (STIKO) empfohlene Impfungen übernehmen. Nicht darunter fallen z. B. Impfungen für Fernreisen. Diese verbleiben weiterhin im individuellen Verantwortungsbereich der Versicherten.

Kieferorthopädische Behandlung

Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung, sofern eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Der Eigenanteil (20%) wird zunächst an den Arzt gezahlt und bei "erfolgreichem" Behandlungsabschluss von der Krankenkasse an den Versicherten erstattet.

Kinder-Vorsorgeuntersuchungen

Kinder unter sechs Jahren haben Anspruch auf Untersuchungen (U1-U9 beim Kinderarzt) zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung gefährden. Zusätzlich werden die Kinder zwischen drei und sechs Jahren auf Zahn- Mund- und Kieferkrankheiten untersucht (FU1-FU3 beim Zahnarzt).

Die Vorsorgeuntersuchungen im Überblick:

U1: 1. Tag

U2: 3.- 10. Tag

U3: 4.- 7. Woche

U4: 3.- 4. Monat

U5: 6.- 7. Monat

U6: 10.- 12. Monat

U7: 20.- 24. Monat

U7a: 34.- 36. Monat (NEU)

U8: 44.- 48. Monat

U9: 60.- 66. Monat

U10: 7. - 8. Jahr

U11: 9. - 10. Jahr

J1: 14. Jahr

J2: 16. - 18. Jahr

Krankenhausbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf die voll-, teil-, vor- und nachstationäre Behandlung sowie die in diesem Rahmen erbrachte medizinische Versorgung im Krankenhaus. Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen evtl. entstehende Mehrkosten - insbesondere durch höhere Pflegesätze oder Fahrkosten - ganz oder teilweise auferlegt werden.

Künstliche Befruchtung

Versicherte haben Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Diese Maßnahmen müssen nach ärztlicher Feststellung notwendig sein und hinreichende Erfolgsaussichten bieten. Die Erfolgsaussichten bestehen grundsätzlich nicht mehr, wenn bereits drei erfolglose Versuche unternommen wurden. Weitere Voraussetzung ist, dass ausschließlich Ei- und Samenzellen der verheirateten Ehegatten verwendet werden. Der Anspruch besteht seit 2004 zudem nur für Versicherte, die bereits das 25. Lebensjahr vollendet haben.

Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

Haben sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugezogen, kann die Krankenkasse sie an den Kosten der Leistungen in angemessener Höhe beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer dieser Krankheit versagen und zurückfordern. Dies gilt auch bei Behandlungsbedürftigkeit bei Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen etc.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen Rehabilitationsleistungen in anerkannten Reha-Einrichtungen erbringen. Voraussetzung dafür ist, dass bei dem Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. diese nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder auch eine Verschlimmerung zu verhindern.

Prävention, Gesundheitsvorsorge und Selbsthilfe

Primäre Prävention bedeutet, dass eine noch nicht entstandene Krankheit durch Vorbeugung verhütet werden soll. Der Gesetzgeber verpflichtet die Kassen dazu, für diese Leistungen einen sich jährlich erhöhenden Mindestbetrag je Versicherten auszugeben. Zusätzlich sollen die Kassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit einem gesetzlich festgeschriebenen Betrag pro Versicherten und Jahr unterstützen. Voraussetzungen für die Einrichtungen sind, dass sich diese die Prävention und Rehabilitation von bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.

Psychotherapeutische Behandlung

Versicherte können Psychotherapeuten oder einen Arzt ihrer Wahl zur Beratung aufsuchen. Wird ein nichtärztlicher Therapeut gewählt, klärt dieser in Probesitzungen den Befund ab. Danach muss er durch einen Arzt prüfen lassen, ob die Beschwerden nicht doch durch ein organisches Leiden verursacht werden. Ist dies nicht der Fall, beantragt der Therapeut bei der Krankenkasse die Kostenübernahme der psychotherapeutischen Behandlung.

Schwangerschaftsabbruch

Die Krankenkassen bezahlen einen Schwangerschaftsabbruch nur dann, wenn diese "nicht rechtswidrig" vorgenommen werden. Ferner darf er ausschließlich in einer dafür nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz legitimierten Einrichtung vorgenommen werden.

Vorsorgeuntersuchungen (Krebs)

Frauen, die mindestens 20 Jahre alt sind, können einmal jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen in Anspruch nehmen. Für Männer besteht dieser Anspruch erst, wenn sie 45 Jahre alt sind.

Zahnersatz

Die bundeseinheitlichen Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der für die zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Herstellung getrennt festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.

Zuzahlungen / Eigenanteile

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben, mindestens jedoch 5 und maximal 10 Euro. Liegt der tatsächliche Preis der Leistung unter 5 Euro, gilt dieser als Zuzahlung.

Anmerkung:

Ein Krankenrücktransport in das Heimatland ist bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in den Pflichtleistungen enthalten. Falls diese Leistung abgedeckt sein soll, empfehlen wir, zusätzlich in Ihrem Heimatland eine Reisekrankenversicherung abzuschließen!