

Gesetzliche_Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis [1 Das System der Gesetzlichen Krankenkassen](#) [1.1 Aufgabe und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung](#) [1.2 Wer wird von der Gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV\) versichert?](#) [2 Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung](#) [3 Wahltarife](#)

Das System der Gesetzlichen Krankenkassen Aufgabe und Organisation der gesetzlichen

Krankenversicherung Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Baustein der Sozialversicherung und geht auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung von 1883 zurück. Der soziale Auftrag der GKV besteht darin, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall paritätisch (d.h. von Versicherten und Arbeitgebern finanziert), unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten zu gewährleisten. Die Versicherten sind aber auch selbst mit für ihre Gesundheit verantwortlich. Die Kassen helfen dabei durch Aufklärung, Beratung und Bezahlung von ärztlicher Leistung.

Die Krankenkassen finanzieren sich ausschließlich durch die Beiträge ihrer Mitglieder. Die Mittel werden nach dem **Solidaritätsprinzip**, d.h. entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder aufgebracht. Die Finanzierung läuft dabei im **Umlageverfahren** und nicht ? wie bei der **Privaten Krankenversicherung** ? durch **Kapitaldeckung**. So sind Familienangehörige ohne eigenes Einkommen in der GKV beitragsfrei mitversichert.

Ihre Leistungen erbringen die Krankenkassen nach dem Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, der Versicherte muss bei einem Arztbesuch nicht in Vorleistung treten. Um dies zu gewährleisten, schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge. Dabei müssen Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

Wer wird von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert? Alle Arbeitnehmer mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze, der sog. **Versicherungspflichtgrenze**, sind in der gesetzlichen Krankenversicherung per Gesetz pflichtversichert. Die Einkommensgrenze steigt aber kontinuierlich und liegt für das Jahr 2008 mittlerweile schon bei 48.150 Euro Bruttojahreseinkommen, bzw. bei 4.012,50 Euro brutto pro Monat. Alle gesetzlich Pflichtversicherten können aus einer der Formen der gesetzlichen Krankenkasse (AOKs, **Ersatzkassen**, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Seekasse) wählen. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen sind generell beitragsfrei mitversichert. Seit 1996 sind alle Krankenkassen allen erwerbstätigen Versicherungspflichtigen zugänglich.

Besonders günstig ist die GKV für Familien (wegen der beitragsfreien Familienversicherung) und für ältere Menschen, deren Einkommen niedrig ist und dementsprechend auch niedrigere Beiträge (wegen der Einkommensabhängigkeit der Beiträge) zahlen.

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung Die Kassen bieten im Grunde einheitliche Leistungen (ggf. mit Unterschied im Service). Die Beitragssätze sind allerdings nicht einheitlich, so dass sich ein Vergleich des [Versicherungsbeitrags](#) lohnen kann. In der Regel sind folgende Leistungen bei allen Krankenkassen identisch:

- **Medikamente**

Arzneimittel die vom Arzt verschrieben werden, übernimmt die Krankenkasse zum größten Teil. Diese Medikamente dürfen jedoch nicht frei verkäuflich sein (es gibt ein paar Ausnahmen für spezielle Behandlungen) und es ist ein Eigenanteil von 10% - mindestens aber EUR 5,- und höchstens EUR 10,- zu zahlen.

- **Freie Arztwahl**

Haus- oder Fachärzte können frei gewählt werden, sofern sie mit den gesetzlichen Krankenkassen zusammenarbeiten, was in der Regel der Fall ist. Allerdings ist pro Arzt und Quartal die sogenannte [Praxisgebühr](#) von EUR 10,- zu zahlen. Diese Gebühr entfällt bei Besuch des Arztes auf Überweisung.

- **Vorsorgeuntersuchungen**

Normale Kontrolluntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Verhütung von Krankheiten gehören zum Leistungskatalog der Krankenkassen selbstverständlich dazu wie Standardimpfungen. Die empfohlenen Krebsvorsorgeuntersuchungen werden bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr, bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren bezahlt. Aber auch die Therapie schwerer, langwieriger Krankheiten sowie die Behandlung von Unfällen und die anschließende Nachsorge übernehmen die Krankenkassen.

- **Heil- und Hilfsmittel**

Als Heilmittel werden unter anderem Krankengymnastik sowie Sprach- und Beschäftigungstherapie übernommen. Es besteht aber ein Selbstbehalt von 10% der Kosten plus EUR 10,- pro Verordnung bei Versicherten über 18 Jahren. Bei Verordnung durch den Arzt besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel, die nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder Bagatellhilfsmittel gelten. Das sind z.B. Prothesen, Rollstühle oder Hörgeräte in einfacher Ausführung. Allerdings gelten in der Regel Festbeträge, bis zu denen erstattet wird.

- **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

Vorsorgeuntersuchungen und medizinisch notwendige Zahnbehandlungen werden von der Krankenkasse übernommen. Hierbei zahlt die Kasse Materialkosten für Kunststoff- oder Amalgamfüllungen zu 100%. Werden andere Füllungen gewünscht, müssen diese selbst bezahlt werden. Für Zahnersatz werden sogenannte "Festzuschüsse" gezahlt - also feste Beträge abhängig vom Befund. Dabei ist es unabhängig, welche Therapie zur Behandlung gewählt wird.

Die Höhe des Festzuschusses entspricht etwa 50% der Kosten der sogenannten Standardtherapie - also der einfachsten und "zweckmässigen" Lösung. Wer regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen geht, kann allerdings seinen Festzuschuss erhöhen.

- **Kieferorthopädie**

Bislang wurden medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen gezahlt, wenn der Patient zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr nicht vollendet hatte. Seit dem 1. Januar 2002 gelten die "Kieferorthopädischen Indikationsgruppen". Mit diesen Regeln wird sichergestellt, dass die Gesetzlichen Krankenkassen nur noch für die Behandlung solcher Zahn- und Kieferfehlstellungen aufkommen, die das Atmen, Beißen, Kauen und Sprechen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Das bedeutet: Fehlstellungen mit geringem Schweregrad müssen von den Patienten selbst bezahlt werden. Die Krankenversicherung kommt also nur noch bei schweren Anomalien für die Behandlung auf.

- **Stationäre Behandlung**

Bei Krankenhausaufhalten müssen Kassenpatienten einen eigenen Anteil von 10 EUR pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr zahlen. Bei Versicherten unter 18 Jahren entfällt dieser Anteil. Das Krankenhaus kann nicht frei gewählt werden. In der Regel findet die Behandlung im nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenhaus statt. Es besteht dort Anspruch auf allgemeine Pflegeklasse (Unterbringung in Mehrbettzimmern). Die Behandlung erfolgt durch den diensthabenden Arzt.

- **Fahrtkosten**

Fahrtkosten für medizinisch notwendige Behandlungen beim Arzt oder im Krankenhaus werden nur Blinden, Gehbehinderten oder in der Mobilität eingeschränkten Personen erstattet.

- **Alternative Medizin**

Alternative Behandlungsmethoden müssen grundsätzlich nicht erstattet werden. Allerdings zahlen einige Kassen freiwillig unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit spezielle Therapien. Für Heilpraktikerbehandlungen dürfen die Krankenkassen jedoch gar nicht leisten.

- **Auslandsreiseschutz**

Schutz im Ausland besteht grundsätzlich bei Aufenthalt in einem anderen EU-Staat oder einem Staat, der über ein Sozialabkommen mit Deutschland verfügt. Allerdings werden Kosten nur bis zu den Sätzen erstattet, die die Krankenkasse in Deutschland zahlen müßte und der Leistungsumfang richtet sich nach den Rechtsvorschriften der einzelnen Länder, die nicht unbedingt dem deutschen Standard entsprechen. Ein Rücktransport aus dem Ausland wird

generell nicht erstattet. Vor dem Reiseantritt empfiehlt sich daher unbedingt der Abschluss einer gesonderten [Reisekrankenversicherung](#)!

(Stand: 2007. Alle Angaben ohne Gewähr)

Wahltarife Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden den gesetzlichen Krankenkassen vielfältige Möglichkeiten eröffnet, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten und so stärker als bisher im Wettbewerb zu agieren. Der Gesetzgeber sieht verschiedene Arten von Wahltarifen vor. Die meisten von ihnen können bereits seit dem 1. April 2007 gewählt werden. Ab dem 1. Januar 2009 werden die Wahltarife noch weiter ausgebaut.

Folgende Tarife für die Teilnahme der Versicherten an besonderen Versorgungsformen **müssen** von den Kassen angeboten werden:

- Integrierte Versorgung
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP)
- Modellvorhaben
- hausarztzentrierte Versorgung

Des Weiteren steht es den Krankenkassen frei, folgende Tarife anzubieten:

- Selbstbehalttarife:
Das Kassenmitglied verpflichtet sich, einen Teil der von der Kasse zu tragenden Kosten selbst zu übernehmen. Im Gegensatz erhält das Mitglied eine im Wahltarif vereinbarte Prämie von seiner Krankenkasse.
- Kostenerstattungstarife:
Das Mitglied und seine Familienversicherten können die Kostenerstattung in variablen Formen in Anspruch nehmen. Die Kasse kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür von ihren Versicherten Prämienzahlungen vorsehen.
- Tarife, die die Übernahme der Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beinhalten. Das heißt, die Versicherten können sich für entsprechende Tarife mit erweitertem Leistungsanspruch entscheiden, für welche die Kasse spezielle Prämienzahlungen vorhersieht.

VORSICHT: Für alle Tarife, die die Kasse freiwillig anbieten kann, gilt eine **Mindestbindungsfrist von drei Jahren**. Das heißt, die Versicherten legen sich für diesen Zeitraum auf einen solchen Tarif gegenüber ihrer Krankenkasse fest.