

Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial und Kulturwissenschaften
Blockseminar „Alterssicherung und Pflege in der Sozialen Arbeit“
vom 3.2.2020 bis 7.2.2020

Mittwoch 5.2.2020

Überblick über die Krankenversicherung

Prof. Dr. Harry Fuchs

Gegliedertes gesetzliches Krankenversicherungssystem

Träger der Krankenversicherung sind:

- Innungskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Allgemeine Ortskrankenkassen,
- Landwirtschaftliche Krankenkassen,
- Seekrankenkasse,
- Bundesknappschaft,
- Ersatzkassen, u.a.

Barmer – Ersatzkasse

DAK Gesundheit

Techniker-Krankenkasse

Versicherte

- Versichert sind nach § 5 SGB V Arbeitnehmer (Angestellte und Arbeiter) und zu ihrer Berufsausbildung beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, aber auch u.a.
- Arbeitslose, Bezieher von Leistungen der Grundsicherung
- wie in der GRV alle Bezieher von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung mit einem langjährigen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung und
- Wie in der GRV bestimmte versicherungspflichtige Selbständige.
- **Ein besonderes Merkmal der GKV ist die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.**
- Der Versichertenkreis der GKV wird nach Versicherungspflichtigen (z. B. Beschäftigte mit einem **Bruttojahreseinkommen** unterhalb der **Beitragsbemessungs-Grenze** in der Krankenversicherung; Arbeitslose) und Personen mit Versicherungs-Freiheit (z. B. Beschäftigte mit einem Bruttojahreseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze unterschieden, die ihre Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen können).

Leistungen

Umfang der Leistungen

- Die von der **GKV** zu erbringenden **Leistungen** zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten sind im Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich festgeschrieben. Aus diesem Grund ist der Leistungsumfang bei allen Kassen zu 90 bis 95 Prozent identisch.
- Darüber hinaus übernehmen die gesetzlichen Kassen – sehr unterschiedlich – im Rahmen des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auch die Kosten für

Alternative Heilmethoden und Therapieformen

Mehrleistungen bei Behandlung und Krankenpflege

besondere Leistungen rund um Schwangerschaft, Geburt, Kinder und Kinderwunsch

Vorteile bei der Zahnbehandlung

Vorsorge beim Arzt über den gesetzlichen Anspruch hinaus

Gesundheitsförderung – Bonusprogramme über Geldprämien bis Sachleistungen

Krankenkassen-Apps für Fitness, Gesundheit und Therapie

Krankenkassen-Wahltarife mit Prämien und Beitragserstattung

Tarife mit besonderen Versorgungsformen, z.B. Hausarzttarif, integrierte Versorgung, besondere Therapierichtungen, Homöopathie

Gesetzliche Leistungen

Versicherte haben nach § 11 Abs. 1 SGB V nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

Leistungen zur Krankenbehandlung

Versicherte haben nach § 27 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Sachleistungsprinzip – Höhe der Leistungen

- Das **Sachleistungsprinzip** gehört zu den Strukturprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland und ist in § 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (**SGB V**) gesetzlich festgeschrieben. Es versteht darunter die Bereitstellung von medizinischen Sach- und Dienstleistungen durch die Krankenkasse.
- Die Leistungen der GKV werden als Sach- oder Geldleistungen erbracht.
- Die Krankenkassen stellen die Leistungen durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, Vertrags-Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer bereit.
- Diese rechnen ihre Leistungen über die zuständige Kassenärztliche- oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder direkt mit der Krankenkasse des Versicherten ab, ohne dass der Versicherte in Vorleistung treten muss (wie bei der PKV)
- Die Leistungserbringer sind auf Vergütungsansprüche gegen die Krankenkasse beschränkt, eine Vergütungspflicht des Versicherten besteht nicht.

Keine volle oder gar keine Kostenübernahme
wegen
Zuzahlungen
Festbeträgen
Festzuschüsse
Leistungsausgrenzung (z.B. Brillenfassungen;
Medikamente bei leichten Erkrankungen) usw.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen zu verschiedenen Leistungen gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen leisten.

Die Höhe der Zuzahlungen ist in § 61 SGB V geregelt.

Eine Ausnahme gibt es bei Fahrkosten – hier sind Zuzahlungen auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Umfang der Zuzahlung

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, Hilfsmitteln und Verbandmaterial wird für Versicherte ab 18 Jahren eine Zuzahlung erhoben, jedoch bei z.B. bei Hustensaft und Nasenspray bereits ab 12 Jahren. Diese berechnet sich aus 10 % der Kosten des Mittels (nicht pro Rezept) – mindestens 5,00 € und maximal 10,00 €, jedoch bezahlt man nicht mehr als das Mittel selbst kostet.

Bei Hilfsmitteln wie Inkontinenzartikeln, Rollatoren oder Kompressionsstrümpfe muss man maximal 10 € im Monat selbst tragen.

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe hat man einen Eigenanteil von 10 % der Kosten pro Tag (min. 5 €, max 10 €), bei Schwangerschaft und Entbindung entfällt dieses.

Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)

Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, sind diese Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres nur bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze zu leisten (§ 62 SGB V).

Diese beträgt grundsätzlich 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Für chronisch kranke Versicherte gilt unter bestimmten Voraussetzungen eine Belastungsgrenze von 1 v. H. Die Entscheidung zum Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung trifft die Krankenkasse auf Basis einer ärztlichen Bescheinigung (Muster 55).

Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)

- Für die Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten sowie der im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengerechnet. Für berücksichtigungsfähige Angehörige werden zudem bestimmte Freibeträge von den gemeinsamen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgezogen.
- Sofern Versicherte Zuzahlungen über ihre Belastungsgrenze hinaus geleistet haben, können sie zusammen mit den Einkommensnachweisen einen Antrag auf eine teilweise Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen bei ihrer Krankenkasse stellen. Dem Antrag sind auch alle Belege über geleistete gesetzliche Zuzahlungen und bei einer chronischen Erkrankung die ärztliche Bescheinigung hierüber beizufügen.

Zuzahlung Krankenhaus

Bei einer stationären Aufnahme im Krankenhaus muss man pro Kalendertag einen Eigenanteil von 10 € leisten. Auch wenn man wenige Minuten vor Mitternacht eingeliefert und am nächsten Morgen entlassen wird zählt dieses als zwei Kalendertage.

Der Eigenanteil ist auf 28 Tage = 280 € im Jahr begrenzt.

Bei mehreren Aufenthalten im Jahr, werden bereits geleistete Zuzahlungen berücksichtigt. Bei einer stationären Entbindung entfällt jedoch der Eigenanteil.

Zuzahlung bei Fahrkosten

- Fahrkosten werden nur nach vorheriger Genehmigung von der Krankenkasse übernommen, wenn diese vom Arzt verordnet und zwingend medizinisch notwendig sind. Dieses gilt laut § 60 SGB V nur für folgende Fahrten:
 - zu stationären Behandlungen
 - im Rettungswagen zum Krankenhaus
 - im Krankentransport, sofern medizinisch erforderlich
 - zu einer besonderen ambulanten Behandlung, z.B. onkologische Strahlen- und Chemotherapie oder auch Dialyse
 - zu einer ambulanten Operation (gem. § 115b SGB V)
 - zu einer vor- / nachstationären Behandlung im Krankenhaus (gem. § 115a SGB V), wenn dadurch eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden bzw. verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist
 - zur ambulanten Behandlung für Menschen mit Schwerbehindertenausweis und dem Merkzeichen aG, Bl oder
 - zur ambulanten Behandlung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3
- Die Zuzahlung beträgt auch hier 10 % der Fahrkosten und zwischen 5 € – 10 €, jedoch nicht teurer als die tatsächlichen Kosten. Kinder und Jugendliche sind bei der Zuzahlung von Fahrkosten nicht befreit.

Festbeträge

- Der GKV–Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden (vgl. § 36 SGB V).
- Festbeträge begrenzen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und damit den Versorgungsanspruch der Versicherten. Bestehen die Versicherten auf Versorgungsleistungen, die den Festbetrag überschreiten, müssen sie den Mehrbetrag selbst tragen.
- Derzeit gelten Festbeträge für
 - Einlagen
 - Hörhilfen (786,86 €)
 - Ableitende Inkontinenzhilfen (von 62,50 € bis 113,86 €)
 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
 - Sehhilfen (bei Gläsern z.B. von 10,00 € bis 113,76 €)

Festzuschüsse Zahnersatz

Für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und Suprakonstruktionen zahlen die Krankenkassen seit Januar 2005 einen klar kalkulierbaren, festgelegten Betrag - den befundorientierten Festzuschuss. Dieser Erstattungsbetrag orientiert sich am konkreten Befund (zum Beispiel "fehlender Zahn im Unterkiefer"). Das bedeutet: Alle Versicherten bekommen bei gleichem Befund den gleichen Betrag von ihrer Kasse erstattet

Die Festzuschüsse decken mindestens 50 Prozent der vorher im Heil-und Kostenplan festgelegten, medizinisch notwendigen Versorgung für diesen konkreten Befund ab. Die andere Hälfte der Kosten zahlt der Versicherte.

Wünscht er eine höherwertige Versorgung, beispielsweise ein Implantat statt einer Brücke, bekommt er ebenfalls den Festzuschuss. Die über diesen hinausgehenden Kosten zahlt der Versicherte aus eigener Tasche.

Versicherte werden beim Zahnersatz von den Eigenanteilen weitgehend befreit, wenn sie unzumutbar belastet werden. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn ihre monatlichen Bruttoeinnahmen 2019 die Grenze von 1.246,00 Euro (mit einem Angehörigen 1.713,25 Euro, mit zwei Angehörigen 2.024,75 Euro und mit drei Angehörigen 2.336,25 Euro) nicht übersteigen.

Herzlichen Dank
für
Ihre Aufmerksamkeit