

2. Die gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Grundlagen sind das V. Buch des Sozialgesetzbuches und einige Vorschriften der RVO.

Träger sind die folgenden Krankenkassen:

- Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen,
- See-Krankenkasse, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkassen.

Daneben gibt es sog. Ersatzkassen (z. B. Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK), Barmer Ersatzkasse (BEK)), die anstelle einer der genannten Kassen gewählt werden können.

Die Krankenversicherung ist eine gesetzliche Zwangsversicherung. Die Mitgliedschaft (Versicherungspflicht) beginnt mit der Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses. Versicherungspflichtig sind Arbeiter und Angestellte, wenn ihr Brutto-Einkommen eine bestimmte Entgeltsgrenze (2006: 3.937,50,- Euro) monatlich nicht übersteigt, Rentner sowie Arbeitslose, die Arbeitslosengeld oder ähnliche Leistungen beziehen.

Seit 1996 ist die Wahlfreiheit der Versicherten u. a. dadurch erheblich ausgeweitet worden, dass alle Mitglieder Zugang zu allen Ersatzkassen erhalten haben.

Für geringfügig Beschäftigte, also solche, die höchstens 400,00 € im Monat verdienen, zahlt der Arbeitgeber Beiträge in Höhe von 11 % des Arbeitseinkommens, ohne dass dadurch aber Ansprüche der Arbeitnehmer begründet werden.

Schon seit 1997 sollten alle einheimischen Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherungspflicht einbezogen worden sein. Die Umsetzung ließ lange auf sich warten. Aufgrund des GKV-Modernisierungsgesetzes haben sie seit 2004 einen versichertenähnlichen Status.

Die finanziellen Mittel für die Krankenversicherung werden durch gleich hohe Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern aufgebracht. Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt 2006 bundeseinheitlich 3.562,50 €. Den Beitragssatz, ausgedrückt als Prozentsatz vom Arbeitsentgelt (z. Zt. um 14 %) legt die Mitgliedskasse durch Satzung oder Beschluss fest. Alle Sozialversicherungsbeiträge, also auch die zur Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung, werden durch die Krankenkassen als Einzugsstellen im Wege des Lohnabzugsverfahrens eingezogen. Die Krankenkassen führen dann die entsprechenden Beträge an die Versicherungsträger ab.

Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) von 2003 sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erheblich eingeschränkt worden. Markante Beispiele sind das „Eintrittsgeld“ für Arztbe-

suche in Höhe von 10,00 €je Quartal und die Herausnahme vieler Arzneimittel, u. a. fast aller rezeptfreien Medikamente, aus der Erstattungspflicht. Hierdurch erzielten die Krankenkassen zwar 2004 einen Überschuss von 4 Milliarden € Gleichwohl sind für 2006 bereits wieder Beitragserhöhungen⁷ angekündigt.

Bei den Leistungen unterscheidet man Regelleistungen, das sind solche, die im Gesetz vorgesehen sind, und freiwillige Leistungen, die von der Kasse aufgrund ihres Satzungsrechtes zusätzlich gewährt werden.

Regelleistungen sind

- **Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten.**

Diese sog. Vorsorgeuntersuchungen kommen in Betracht für Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (regelmäßig), einschließlich einer sog. Früherkennungsuntersuchung nach Vollendung des 10. Lebensjahres, und für Erwachsene ab Vollendung des 35. Lebensjahres (alle 2 Jahre). Darüber hinaus haben Frauen vom 20. Lebensjahr und Männer vom 45. Lebensjahr an einmal jährlich Anspruch auf eine kostenlose Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

- **Krankenbehandlung**

Der Begriff „Krankheit“ wird in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht definiert. Die Rechtsprechung versteht darunter einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit oder/und Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“.

Die Krankenbehandlung umfasst u. a.

- die ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich des Zahnersatzes⁸,
- die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die häusliche Krankenpflege,
- die Krankenhausbehandlung.

Wichtige Regelleistung ist auch das

- **Krankengeld⁸**

⁷ Näheres zur Kosten- und Strukturkrise im Gesundheitswesen S. 100 f.

⁸ Im Zuge der Gesundheitsreform war vorgesehen, den Zahnersatz ab 2005 aus dem Leistungskatalog der Kassen herauszunehmen und das Krankengeld ab 2006 von den Versicherten allein (also ohne Arbeitgeberbeitrag) finanzieren zu lassen. Nunmehr bleiben Zahnersatz und Krankengeld zwar Kassenleistungen, für die die Arbeitnehmer aber seit 1.7.2005 beitragsmäßig allein aufkommen müssen. Dies hat einen Beitragsanstieg von 0,9 Prozentpunkten zur Folge

Das Krankengeld als Lohnersatzleistung soll die wirtschaftliche Versorgung des Versicherten im Krankheitsfall sicherstellen. Daher ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange vom Arbeitgeber das Gehalt fortgezahlt wird (nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz in der Regel für 6 Wochen), d.h., die Krankenkasse zahlt erst ab der 7. Krankheitswoche.

Das Krankengeld beträgt 70 % des regelmäßigen Arbeitsentgelts, darf aber 90 % des Nettoentgelts nicht übersteigen.

Damit sind nur die wichtigsten Leistungsarten aufgezählt. Daneben – jetzt aber nur noch sehr eingeschränkt - bestehen Ansprüche auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Übernahme von 50 % der Kosten einer künstlichen Befruchtung und Fahrtkosten.

Für alle Leistungen gilt, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird. In der ambulanten Versorgung galt bisher - bis auf wenige Ausnahmen - das Sachleistungsprinzip. Dies bedeutet, dass den Versicherten die benötigten Leistungen und Hilfsmittel im Prinzip unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden. Allerdings sind in jüngerer Zeit zahlreiche Selbstbeteiligungs- und Zuzahlungsregelungen, z. B. zu Arzneimitteln, zur Krankenhausbehandlung, zu Zahnersatzkosten und zu Fahrtkosten eingeführt worden.

Auf Grund einer Gesetzesänderung können nunmehr Versicherte statt der Sachleistung auch die Kostenerstattung wählen, d.h., sie zahlen die Leistung zunächst selbst und lassen sich den Betrag dann durch ihre Kasse erstatten.

Im Unterschied hierzu gilt in der privaten Krankenversicherung das Kostenerstattungsprinzip, d.h. der Versicherte muss zunächst bezahlen und bekommt anschließend seine Aufwendungen ganz oder teilweise von der privaten Krankenversicherung erstattet.