

Die Krankenkasse

Auf den folgenden Seiten informieren wir Sie über die Regelung der Krankenversicherung. Gerne sind wir bereit, Sie individuell über alle Fragen der Krankenversicherung und deren Leistungen zu informieren.

Vereinbaren Sie einen unverbindlichen Beratungstermin mit unserer Pflegedienstleitung in unserem Hause oder bei Ihnen zu Hause.

Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenkasse ist eine Solidaritätsgemeinschaft, die die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wieder herzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Jeder von uns selbst ist für seine Gesundheit mitverantwortlich. So kann durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch eine frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an der Krankenbehandlung und Rehabilitation der Eintritt in eine Krankheit oder Behinderung vermieden werden.

Leistungsarten

Versicherte haben Anspruch auf folgende Leistungen:

1. zur Förderung der Gesundheit
2. zur Verhütung von Krankheiten
3. zur Früherkennung von Krankheiten
4. zur Behandlung einer Krankheit

Zu den Leistungen gehören auch die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung

Die Krankenkassen haben ihre Mitglieder allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsschäden und -gefährdungen nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

Medizinische Vorsorgeleistungen

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, Verband, Heil- und Hilfsmittel, wenn diese notwendig sind.

1. Eine Schwächung ihrer Gesundheit, die in absehbarer Zeit, voraussichtlich zu einer

Krankheit führen würde, zu beseitigen

2. Eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken

oder

3. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden

Krankenbehandlung

Mitglieder der Krankenkasse haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder bzw. Krankheiten zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst:

1. Die ärztliche Behandlung

2. Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz

3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

4. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe

5. Krankenhausbehandlung

6. Medizinisch ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Ärztliche Behandlung

umfasst die Tätigkeiten ihres Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind. Zur ärztlichen Behandlung gehören auch Hilfeleistungen anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind.

Arznei- und Verbandsmittel

Mitglieder einer Krankenversicherung haben Anspruch auf Arznei- und Verbandsmittel.

Häusliche Krankenpflege

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege

1. durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, dass dies auch erforderlich ist.

2. Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie häusliche Kranken- und Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Zieles der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bestimmen.

3. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

4. Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund davon abzusehen, sind dem Versicherten die Kosten für die selbst beschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Krankenhausbehandlung

Die Krankenhausbehandlung kann vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden. Die Mitglieder einer Krankenkasse haben Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Medizinische Rehabilitation

Reicht dem Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung einschließlich ambulanter Rehabilitation nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen. Die Satzung der Krankenkassen kann zu den übrigen Kosten der Kur einen Zuschuss gewähren.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß der Notwendigkeit nicht überschreiten. Leistungen, die **nicht** notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Mitglieder einer Krankenkasse nicht beanspruchen.

Die Finanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch die Beiträge der Mitglieder finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach dem beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Leistungen

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß der Notwendigkeit nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Mitglieder einer Krankenkasse nicht beanspruchen.

Die Versicherungspflicht

Versicherungspflichtig sind:

1. Arbeiter/Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen

Arbeitsentgelt beschäftigt sind.

2. Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz nach dessen näheren Bestimmungen.
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen
4. Künstler und Publizisten.
5. Personen, die in einer Einrichtung für Jugendhilfe, für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen.
7. Behinderte.

Solidarische Finanzierung

Die Leistungen und sonstige Ausgaben der Krankenkassen werden durch die Beiträge der Mitglieder finanziert.

Voraussetzung für die Erbringung der Behandlungspflege?

Der Haus-/Facharzt muß grundsätzlich zunächst eine "Verordnung für Häusliche Krankenpflege" ausstellen, auf der die medizinische Maßnahme eingetragen und eine begründete Diagnose eingetragen ist. Eine weitere wichtige Voraussetzung ist, dass Angehörige die erforderliche Behandlungspflege nicht ausführen können.

Wer erbringt die Leistungen der Krankenversicherung ?

Examiniertes Pflegepersonal

Wer zahlt die Behandlungspflege ?

Die Verordnung wird vom Patienten oder von der Sozialstation zur Genehmigung an die Krankenkasse gesandt. In der Regel wird die Behandlungspflege von der Krankenkasse übernommen, allerdings bestehen seitens der Krankenkassen verschärfte Genehmigungsvorgaben seit dem 01.07.2000. Nähere Informationen erhalten Sie durch Ihren Arzt bzw. von Ihrer Krankenkasse. Eine Zustimmung vor Beginn der Erbringung der Behandlungspflege über die Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse ist ratsam. Sollte eine Ablehnung erfolgen, muss die geleistete Behandlungspflege privat in Rechnung gestellt werden. Ansonsten erfolgt die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse.

Wenn Sie Fragen haben, informieren und beraten Sie:

Ihr Haus/Facharzt,

Ihre Krankenkasse,

oder Ihre Pflegedienstleitung