

## Leistungen

Nahezu 95 % aller Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind durch den Gesetzgeber vorgeschrieben. Für die Versicherten bedeutet dies, dass die Krankenkasse stets das bezahlt, was an ärztlichen Behandlungen notwendig und wirtschaftlich ist, unabhängig davon, welcher Beitrag bezahlt wird.

Neben den Pflichtleistungen gibt es einige Mehrleistungen, die die Krankenkassen im Rahmen Ihres gesetzlich eingeräumten Ermessensspielraumes selbst gestalten können. Diese Leistungen bezeichnet man auch als Satzungsleistungen, da sie in den einzelnen Satzungen der Krankenkassen niedergeschrieben werden müssen. Zu den Satzungsleistungen zählen u. a. ambulante Vorsorgekuren, die Gewährung erhöhter Zuschüsse für Rehabilitationskuren sowie die Kostenübernahme alternativer Heilmethoden und Zusatzimpfungen.

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang bieten einige Krankenkasse Leistungen, die (noch) nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind, im Rahmen von Modellversuchen an. Die Modellversuche müssen von den Kassen angemeldet und von den Aufsichtsbehörden genehmigt werden. Das Ziel dieser Modellversuche ist der Nachweis der medizinischen Wirksamkeit der Behandlung.

Nun gibt es aber auch Leistungen, die für den einzelnen Versicherten wünschenswert sind, die aber das Maß des Notwendigen überschreiten. Solche Wunschleistungen dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Man bezeichnet diese Leistungen auch als Individuelle Gesundheitsleistungen. Der Gesetzgeber hat diese Leistungen in der IGEL-Liste zusammengestellt.

Für die kontinuierliche Konkretisierung des Leistungskataloges ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen - ein Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Krankenkassen - verantwortlich. In diesem Zusammenhang gibt es eine Reihe von Behandlungsmethoden, deren medizinische Wirksamkeit bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen bzw. ausreichend belegt werden konnte. Es handelt sich hierbei um von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossene Leistungen, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen.

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse erhalten Sie generell alle Leistungen, die geeignet sind, die Gesundheit zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu bessern. In der Regel ist diese Absicherung völlig ausreichend und schließt eine erstklassige Diagnostik und Behandlung im Krankheitsfall auch nicht aus. Natürlich können in einer Solidargemeinschaft nur solche Leistungen erbracht werden, die aus medizinischer Sicht notwendig sind. Private Krankenzusatzversicherungen ergänzen die Grundleistungen der gesetzlichen Kassen und leisten finanzielle Hilfe in Bereichen, in denen die Gesetzlichen oft nichts zahlen - beispielsweise beim Besuch eines Heilpraktikers. Die Zusatzpolicen können wie Einzelbausteine entsprechend den individuellen Bedürfnissen an den gesetzlichen Krankenschutz angefügt werden.