



GLOSSARBEGRIFF

Leistungskatalog der Krankenversicherung

Einen wirklichen "Katalog" im Sinne einer Liste gibt es nicht. Der Leistungskatalog ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung hat. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen, wobei auch Vertreter von Organisationen der Patientinnen und Patienten ein Mitberatungsrecht haben. Der G-BA erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, und zwar durch den Bewertungsausschuss.

Für neue Diagnose- und Therapieverfahren entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, ob diese den genannten Anforderungen genügen und somit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Die Vergütung der vom G-BA anerkannten neuen Diagnose- und Therapieverfahren wird dann ebenfalls im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine

vom G-BA nicht anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Dies wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetzes in § 2 Absatz 1a SGB V für das Leistungsrecht der GKV gesetzlich klargestellt.

Außerdem sind durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen erweitert worden. In folgenden Bereichen können jetzt zusätzliche Satzungsleistungen angeboten werden: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie nicht zugelassene Leistungserbringer.

Welche Leistungen im Einzelfall von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, erfahren Versicherte bei ihrer Krankenkasse. Ist die Geschäftsstelle einer gesetzlichen Krankenkasse vor Ort hierzu nicht in der Lage, ist es ihre Aufgabe, eine Klärung durch Rückfragen innerhalb der Krankenkassen oder innerhalb des Verbandes, dem die Krankenkasse angehört, herbeizuführen.

[Nach oben](#)

26.03.2012
