

Ärztliche und  
zahnärztliche Versorgung  
Ambulantes Operieren  
Psychotherapeutische  
Versorgung und Soziotherapie  
Ärztliche Zusatzleistungen (IGeL)



Eine Versicherung bei der BKK bedeutet u. a. eine hochwertige, qualitätsgesicherte ambulante medizinische Versorgung beanspruchen zu können. Die dabei angewendeten Verfahren und Therapien müssen wissenschaftlich anerkannt sein und auf den therapeutischen Nutzen ist ein besonderes Augenmerk gerichtet. Qualität ist die Vorgabe, auf die Sie bauen können.

Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen einen Überblick geben, was die ambulante medizinische Versorgung umfasst, das Ambulante Operieren und die psychotherapeutische Versorgung eingeschlossen. Die Darstellung spiegelt auch die Leistungen der Zahnprophylaxe, die zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung wider sowie den Anspruchsumfang bei Zahnersatz.

Ein besonderes Kapitel stellen die ärztlichen Zusatzleistungen dar, kurz IGeL-Leistungen genannt, die in der Regel weder notwendig noch medizinisch begründet erscheinen.



# Ambulante medizinische Versorgung

Die BKK stellt ihren Versicherten eine hochwertige ärztliche Versorgung durch Vertragsärzte zur Verfügung. Diese umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig und zweckmäßig sind. Die Qualität und die Wirksamkeit der Leistungen entsprechen den allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen und Erfahrungen.

Als BKK-Versicherter haben Sie das Recht, sich unter allen Ärzten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind (landläufig Kassenarzt genannt), den Arzt Ihrer Wahl auszusuchen. Für Sie ist dies eine Sicherheit, denn in Deutschland besteht die Verpflichtung zur Qualität und Wirksamkeit in der medizinischen Versorgung.

## ***Ihr Anspruch für Ihre Sicherheit***

Eine Therapie gilt als wissenschaftlich anerkannt, wenn sie sich in der so genannten Schulmedizin und in der Praxis so durchgesetzt hat, dass die Mehrzahl der Ärzte sie anwendet. Ferner muss der therapeutische Erfolg in gleichartigen Krankheitsfällen beliebig zu wiederholen sein.

Ein vom Gesetzgeber vorgesehener „Gemeinsamer Bundesausschuss“ entscheidet, welche Verfahren im Einzelnen diese Kriterien erfüllen. Diese werden in zahlreichen klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit, aber auch auf Risiken und mögliche Nebenwirkungen geprüft.

**Die Wirksamkeit ist das A und O:** Die so genannte „sanfte Medizin“, die Alternativmedizin, Außenseitermethoden und unkonventionelle Therapie sind Begriffe, die fast jeder schon einmal gehört hat. Es ist dabei aber eine wichtige Unterscheidung zu treffen zwischen nicht anerkannten Methoden – die häufig unter schwammigen Begriffen wie beispielsweise Ganzheitsmedizin oder Erfahrungsmedizin angeboten werden – und den Therapieverfahren, die auch in die klassische Schulmedizin einfließen.

Auch hier gibt es **schonende Behandlungsverfahren**. So wird eine Vielzahl von natürlichen Faktoren, wie zum Beispiel Wärme, Kälte, Licht, Bewegung und Wasser, in Naturheilverfahren für die Therapie genutzt: u. a. Bäder, Massagen und Bewegungstherapie.

Ist der Nachweis eines therapeutischen Nutzens erbracht, sind auch besondere Therapierichtungen anerkannt. Hierunter fallen Methoden der Anthroposophie und Homöopathie sowie die Phytotherapie (pflanzliche Arzneimittel).

Vorsicht ist geboten vor **„unkonventionellen Therapiemethoden“**, wie zum Beispiel die Aroma- und Bach-Blüten-therapie sowie dubiose Sauerstoffbehandlungen, um nur einige zu nennen; sie gelten als wissenschaftlich nicht anerkannt. Hier ist der therapeutische Nutzen, also der Heilungserfolg, nicht auf breiter Basis nachgewiesen.

Im Normalfall werden Sie als Versicherter zunächst einen Hausarzt aufsuchen und dort die Versichertenkarte vorlegen. Nach Kenntnis der Beschwerden und einer körperlichen Untersuchung wird Ihr Arzt die Diagnose stellen und eine entsprechende Therapie einleiten. Sollte ihm dies selbst nicht möglich sein – beispielsweise, weil Ihr Leiden einen Spezialisten oder eine ergänzende technische Untersuchung (z. B. Röntgen) erfordert –, wird er Sie zu einem Facharzt überweisen.

Ihr Hausarzt wird Sie auch über die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten informieren und Sie bei der Wahl der Therapiemethoden beraten. Sofern erforderlich, wird er die Zusammenarbeit mit anderen Vertretern von Gesundheitsberufen, wie Physiotherapeuten, Sprachtherapeuten, Pflegediensten und Psychotherapeuten, anregen und Sie zur Mitbehandlung überweisen.



## **Praxisgebühr**

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres beim erstmaligen Aufsuchen eines Arztes bzw. eines Psychotherapeuten oder eines Zahnarztes oder eines Notdienstes, z. B. in einer Krankenhausambulanz, eine Praxisgebühr von jeweils 10,00 € zu zahlen. Diese Gebühr ist mit Ausnahme bei Notfällen **vor** der medizinischen Behandlung zu entrichten. Auch eine telefonische Beratung gilt als Inanspruchnahme.

Erfolgt eine Überweisung an einen anderen Arzt oder an einen Psychotherapeuten, ist dort keine weitere Gebühr zu leisten. Die Praxisgebühr entfällt auch bei reinen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, bei Schutzimpfungen und ambulanten Versorgungsleistungen (Kuren).

## Ambulantes Operieren

Eine Operation ist eine von möglichen Therapieformen. Viele Eingriffe können heute aber ohne stationäre Behandlung durchgeführt werden. Der Patient muss nicht mehr über Nacht im Krankenhaus bleiben, sondern kann schon am Tag des Eingriffs wieder nach Hause.

In Deutschland wird jährlich bereits über fünf Millionen Mal ambulant operiert. Dies hat Vorteile für alle Beteiligten: Als Patient können Sie schneller wieder in Ihre vertraute häusliche Umgebung; die vermeintliche Abneigung gegen einen Krankenhausaufenthalt entfällt – damit verbundene Zuzahlungen sind nicht zu leisten. Ihre BKK spart Kosten für Übernachtung, Verpflegung usw.

## **Qualitätsanforderungen**

Ambulante Operationen werden von Krankenhäusern, so genannten Tageskliniken und von Facharztpraxen angeboten. Diese Operationsart eignet sich vor allem für folgende Fachgebiete: Chirurgie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen, Orthopädie, Augenkrankheiten und Urologie.

Ein Großteil aller Eingriffe sind grundsätzlich durch ambulantes Operieren möglich. Viele Arztpraxen haben bereits jahrelange Erfahrung mit kleineren und mittelschweren Operationen, die sie vorwiegend bei örtlicher Betäubung durchführen.



Neben der Entfernung von Tumoren aus Weichteilen sind es vor allem Eingriffe am Knie und am Auge, Operationen von Krampfadern und Leistenbrüchen sowie an der Hand, die sich mit gutem Erfolg ambulant vornehmen lassen. Aus dem Fachgebiet der Frauenärzte, der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und der Orthopäden gibt es ebenfalls Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden können.

### ***Betreuung, Alter, Allgemeinzustand***

Ob eine Operation ambulant durchgeführt werden kann, muss von Fall zu Fall individuell entschieden werden. Dabei sollten sich Hausarzt, Operateur, Patient und Angehörige absprechen und folgende Merkmale berücksichtigen:

Grundsätzlich gibt es **keine Alterseinschränkungen**. Gerade bei Kleinkindern spricht für eine ambulante Operation, dass die jungen Patienten zu Hause am besten von ihren Eltern betreut und überwacht werden können.

Als Patient sollten Sie **keine Risikofaktoren** haben, die eine längere intensive Überwachung oder Behandlung nach der Operation erfordern. Das gilt zum Beispiel für schwere Herzkrankheiten oder Stoffwechselstörungen, wie z. B. Zuckerkrankheit und Nierenerkrankungen. Im Zweifelsfall wird Ihr Arzt zusammen mit dem Operateur entscheiden, ob ein stationärer Eingriff vorzuziehen ist.

Wer ambulant operiert wurde, muss danach zu Hause überwacht und betreut werden. Deshalb kommt für allein stehende Personen oft nur eine stationäre Operation infrage. Am besten übernimmt jemand aus der Familie die Betreuung des frisch Operierten, unbedingt auch nachts.

Vermeiden Sie Stress und Hektik vor dem Operationstermin. Sorgen Sie deshalb frühzeitig dafür, dass zu Hause alles versorgt ist und andere Termine verschoben werden.

## ***Nachbetreuung***

Mit der ambulanten Operation ist Ihre Behandlung nicht abgeschlossen. Normalerweise wird Sie Ihr Hausarzt weiterbetreuen, eventuell in Absprache mit dem Operateur. Gelegentlich ist eine so genannte Thromboseprophylaxe nötig, um einer Gerinnselbildung in den Venen (Thrombose) vorzubeugen. Das gilt zum Beispiel bei längerer Bettlägerigkeit, Operationen mit anschließender Gipsbehandlung oder bei Krampfaderoperationen.

## Psychotherapeutische Versorgung

Wer an einer seelischen Erkrankung leidet, braucht spezielle Hilfe, und die bekommt er beim Psychotherapeuten oder bei einem psychotherapeutisch tätigen Arzt. Jeder, der bei der BKK versichert ist, kann direkt einen solchen Behandler seiner Wahl in Anspruch nehmen. Das spart im Fall des Falles Zeit und macht es dem Erkrankten möglich, sich ohne Umwege beraten zu lassen.

Wird ein Therapeut gewählt, klärt dieser in Probesitzungen ab, wo das Problem liegt. Spätestens danach, noch vor der Therapie, muss sich der Erkrankte, so ist es gesetzlich geregelt, durch einen Arzt untersuchen lassen, ob die Beschwerden nicht doch durch ein organisches Leiden verursacht werden. Anschließend



wird der Versicherte auf Anraten des Therapeuten die Behandlung bei der BKK beantragen. Der Antrag auf Therapie wird dann schriftlich durch einen Gutachter geprüft.

Natürlich ist es auch weiterhin möglich, dass bei psychosomatischen Problemen zunächst der eigene Arzt gefragt wird. Wenn er eine psychische Erkrankung erkennt, wird er seinen Patienten zum Therapeuten überweisen oder bei entsprechender Qualifikation die Behandlung selbst durchführen.

Wie bei der ärztlichen Versorgung, haben Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres beim ersten Aufsuchen eines Psychotherapeuten eine **Praxisgebühr** von 10,00 € zu zahlen. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung eines Arztes und ist dort bereits eine solche Gebühr geleistet worden, entfällt eine erneute Zahlung.

## Zahnprophylaxe und Zahnbehandlung

Ein wesentlicher Baustein für das Wohlbefinden und die Gesundheit ist ein intaktes Gebiss. Zahn- und Zahnfleischerkrankungen sehen nicht nur unangenehm aus und behindern den Kauapparat bei seiner Arbeit, sie können sowohl Ursache als auch Folge anderer Störungen sein und damit den gesamten Organismus beeinflussen.

Die folgenden vorbeugenden Leistungen bietet Ihnen die BKK an:



## ***Gruppenprophylaxe für Kinder***

Im Regelfall wendet sie sich an alle Kinder unter zwölf Jahren. In Einrichtungen mit einer Vielzahl von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko werden die Angebote bis zum 16. Lebensjahr zur Verfügung gestellt. In Kindergärten und Schulen werden die Kinder untersucht und erfahren in Gruppen alles Wissenswerte über optimale Zahnpflege und sinnvolle Schutzmaßnahmen gegen Zahnerkrankungen. Zu Hause sollten dann alle notwendigen Infos und Anleitungen von den Eltern wiederholt und mit den Kindern regelmäßig eingeübt werden.

Hierzu gehören: **Richtige Ernährung**, d. h. abwechslungsreich essen (vor allem Milchprodukte, Obst, Gemüse und Vollkorn-erzeugnisse) und den Zuckerkonsum reduzieren. Gerade beim Konsum von Süßigkeiten sollte man also auf zahnfreundliche Produkte setzen.

**Zahnschmelzhärtung durch Fluorid:** Richtig dosiert und regelmäßig angewendet, unterstützt Fluorid vor allem die Wirksamkeit körpereigener Abwehrmechanismen, indem es angegriffenen Zahnschmelz wieder repariert und die Bildung von Löchern verhindert. Das Spurenelement Fluorid befindet sich in vielen Lebensmitteln, wie Sojabohnen oder Mineralwasser, kann aber auch über fluoridiertes Speisesalz oder Tabletten eingenommen werden.

**Korrekte Mundhygiene:** Nach dem Essen Zähne putzen nicht vergessen. Und wenn die Zahnbürste gerade einmal nicht zur Hand ist, reicht zunächst einmal ein Apfel oder ein zahnfreundliches Kaugummi aus.

Ist eine Gruppenprophylaxe in Kindergarten oder Schule nicht möglich, bietet die BKK bis zu drei zahnärztliche Früherkennungsmaßnahmen für Kinder vom dritten bis sechsten Lebensjahr an. Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko werden diese Maßnahmen um die Anwendung von Fluoridlacke zur Zahnschmelzhärtung ergänzt.

## ***Individualprophylaxe***

Zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr führt der Zahnarzt in unterschiedlichen Zeitabständen folgende Maßnahmen durch: Befundaufnahme, Beratung, Fluoridierung der Zähne und Fissurenversiegelung der Backenzähne.



## ***Zahnbehandlung: je früher, desto besser***

Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches kann man gerade im Anfangsstadium selber kaum erkennen. Nur wer regelmäßig seinen Zahnarzt aufsucht, geht auf Nummer Sicher. Denn je früher dieser die Erkrankungen behandelt, desto weniger Zahnschubstanz geht dem Patienten verloren.

Zu den „Reparaturmaßnahmen“ gehören die Beratung, diagnostische und sich daraus ergebende therapeutische Maßnahmen wie das Entfernen von Zahnstein, Röntgenuntersuchungen, Zahnfüllungen, die Anästhesie, ggf. Wurzelbehandlungen und das Ziehen von Zähnen. Auch die Behandlung von Parodontose oder von Kieferverletzungen gehört zum Leistungsumfang.

## ***BKK-Leistungen***

Die Gruppenprophylaxe für Kinder ist grundsätzlich kostenfrei. Sämtliche Kosten für die beschriebene Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen trägt die BKK in voller Höhe.

Für die allgemeine Zahnbehandlung legen Sie Ihre Krankenversicherungskarte vor und zahlen beim erstmaligen Aufsuchen des Zahnarztes im Quartal 10,00 €.

Die beim Zahnarzt anfallenden Vorsorgeuntersuchungen sind von der Praxisgebühr befreit. Dies gilt auch, wenn neben der maximal zweimal jährlich stattfindenden Untersuchung Zahnstein entfernt wird (einmal im Jahr gebührenfrei), Röntgenleistungen oder eine Vitalitätsprüfung des Zahnes durchgeführt werden oder ein parodontaler Screening-Index (in zweijährigem Rhythmus ohne Gebühren) erhoben wird.

Bei aufwändigen Füllmaterialien, wie Gold oder Keramik, müssen Sie mit Mehrkosten rechnen, die Sie zuvor mit Ihrem Zahnarzt vereinbaren.

Bei „Parodontosebehandlungen“ übernimmt die BKK ebenfalls sämtliche Kosten. Ein genauer Behandlungsplan ist erforderlich.

# Kieferorthopädische Behandlung

Fehlbildungen der Kiefer oder schief stehende Zähne verursachen häufig erhebliche Funktionsstörungen im Bereich des Gebisses oder der Kiefer. Eine rechtzeitige kieferorthopädische Behandlung garantiert den besten Heilerfolg. Die BKK ist auch hier ein verlässlicher Partner.

Das bekannteste Hilfsmittel bei der Behandlung ist die Zahnspange. Sie verursacht einen mechanischen Reiz (Druck und Zug) auf Zähne und Kieferknochen, der bei regelmäßiger Anwendung eine biologische Korrektur der Mundregion bewirkt. Eine solche Korrektur dauert in der Regel ungefähr vier Jahre.

Kieferorthopädische Behandlungen sollten idealerweise durchgeführt werden, solange sich der Patient noch in der Wachstumsphase befindet. Deshalb trägt die BKK in jedem Fall anfangs 80 Prozent der Kosten einer solchen Behandlung, wenn der Versicherte bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ist mehr als ein Kind zur gleichen Zeit in Behandlung, übernehmen wir für jedes weitere Kind sogar 90 Prozent. Die mit der Behandlung verbundenen Begleitleistungen, wie konservierend-chirurgische Arbeiten oder Röntgenuntersuchungen, werden voll übernommen.

Ist bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet, erfolgt eine Kostenbeteiligung in diesem Umfang nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen. Fragen Sie hierzu bitte Ihre BKK.

## **Verfahren**

Versicherte zahlen anfangs ihren vorläufigen Eigenanteil (20 bzw. 10 Prozent) direkt an ihren Zahnarzt. Die Restkosten, den BKK-Zuschuss, rechnet der Zahnarzt automatisch mit uns ab. Wird die Behandlung im Sinne des zahnärztlichen Behandlungsplans erfolgreich abgeschlossen, übernimmt die BKK zusätzlich auch den Eigenanteil des Versicherten.

**Auch während der Behandlung gilt:** Mindestens zweimal pro Jahr – auch ohne Beschwerden – zum Zahnarzt gehen! Es sei denn, zahnärztliche Untersuchungen finden ohnehin bereits neben der kieferorthopädischen Behandlung statt.

## Zahnersatz

Unter dem Stichwort „Zahnersatz“ versteht man neben Kronen eine zahnprothetische Versorgung mit festsitzendem oder herausnehmbarem Zahnersatz, aber auch eine Kombination aus beiden Teilen. Die so genannte Prothese ist also ein künstlicher Ersatz für nicht mehr vorhandene natürliche Zähne.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz gibt es verschiedene Möglichkeiten, je nachdem wie viele Zähne fehlen und wie sich die Gebiss-Situation insgesamt darstellt.

Von „**festsitzendem Zahnersatz**“ spricht man bei

- Brücken;
- Klebebrücken (Adhäsivbrücken);
- Teleskopkronen;
- implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktionen).

Als „**herausnehmbaren Zahnersatz**“ bezeichnet man

- Teilprothesen;
- Totalprothesen;
- implantatgestützte Teil- und Totalprothesen (Suprakonstruktionen).

### ***Versorgungsarten***

Basis im Hinblick auf die Leistungen der BKK ist die so genannte Regelversorgung, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Lösung, die sich an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert.

Alternativ bzw. ergänzend hierzu bieten die Zahnärzte aufwändigere Versorgungsformen an, „**gleichartige Versorgung**“ und

„**andersartige Versorgung**“ genannt. Dies sind zahnmedizinische Möglichkeiten, die aber über den Leistungsrahmen der GKV hinausgehen und damit auch über den der BKK.

Eine zahnprothetische **Regelversorgung**, bestehend aus den notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, orientiert sich grundsätzlich an den Zahnbefunden, die vom „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (u.a. Zahnärzte und Vertreter von Krankenkassen) entwickelt worden sind. Ein Katalog solcher Befunde bildet dabei die Grundlage für die Beurteilung der BKK-Leistung. Hinzu kommen Planung und Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben „Okklusionshindernissen“ (das sind u.a. überstehende Füllungen) und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes.

Bei der Regelversorgung bildet festsitzender Zahnersatz die Priorität. Voraussetzung ist, dass ein natürlicher „Gegenbiss“ vorhanden ist oder hier ein funktionsfähiger festsitzender oder Kombinations-Zahnersatz besteht. Als Regelversorgung gilt auch das Schließen einer Lücke von bis zu vier Zähnen in einem Kiefer oder drei Zähnen im Seitenzahnggebiet mit Brücken.

Über Details zur gleichartigen und andersartigen Versorgung informiert Sie Ihr BKK-Berater gerne.

### ***Zuschuss, Bonus, Härtefälle ...***

An einem geplanten Zahnersatz beteiligt sich die BKK mit einem **Festzuschuss**. Der entspricht **50 Prozent** der festgelegten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Bei abweichenden gleichartigen bzw. andersartigen Versorgungsformen ist der Eigenanteil höher.

Ein Festzuschuss erhöht sich um 20 Prozent, wenn Sie sich in den letzten fünf Kalenderjahren mindestens einmal jährlich von einem Zahnarzt haben untersuchen lassen. Können Sie sogar zehn Jahre Vorsorge nachweisen, erhöht sich der Festzuschuss um weitere 10 Prozent.

Das allseits bekannte **Bonusheft** ist also weiter von Bedeutung. Lassen Sie sich deshalb vom Zahnarzt die durchgeführten Vor- sorgeuntersuchungen eintragen.

Ein **zusätzlicher Festzuschuss** oder Leistungen im Rahmen der „**gleitenden Härtefallregelung**“ sind möglich. Sprechen Sie bitte hierzu die BKK an.

## Verfahren

Ist Zahnersatz erforderlich, erhalten Sie von Ihrem Zahnarzt einen gebührenfreien Heil- und Kostenplan, den Sie Ihrer BKK vor Behandlungsbeginn vorlegen. Sie erhalten dann einen Hinweis über den von Ihnen zu tragenden Eigenanteil. Den BKK-Zuschuss rechnet der Zahnarzt direkt mit der BKK ab. Wir empfehlen, die Gesamtrechnung aber noch einmal von der BKK prüfen zu lassen.

## Sonderbeitrag

Ab 1. Juli 2005 müssen alle Versicherten für die Leistung Zahnersatz einen Sonderbeitrag zahlen. Diese zusätzliche „Prämie“ ist einkommensabhängig, beträgt 0,4 Prozentpunkte des monatlichen Einkommens und ist zu 100 Prozent vom Versicherten zu tragen. Dies gilt in gleichem Maße für Rentner und Arbeitslose.

# Häusliche Krankenpflege

Zu einem umfassenden BKK-Angebot einer ambulanten Versorgung gehört auch die häusliche Krankenpflege. Der Versicherte erhält sie **anstelle einer Krankenhausbehandlung**. Das ist dann der Fall, wenn eine Behandlung im Krankenhaus zwar geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Der Kranke erhält **Grundpflege** (u. a. Hilfen bei der Ernährung, der Körperpflege, der Toilettenbenutzung sowie entsprechende Anleitungen), **Behandlungspflege** (z. B. Verbandwechsel, Inhalationen, Katheterisierung, Wundbehandlung, Medikamentengabe) und **hauswirtschaftliche Versorgung** wie Zubereitung von Mahlzeiten und Reinigung der Wohnung.

Der Versicherte erhält auch häusliche Krankenpflege, wenn diese zur **Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung** erforderlich ist. Sie schließt insbesondere Maßnahmen der **Behandlungspflege** ein.

Es ist notwendig, dass die Pflege entweder im eigenen Haushalt oder in der Familie des Versicherten erbracht wird. Wichtig ist auch, dass es keine andere im Haushalt lebende Person gibt, die den Kranken im erforderlichen Maße pflegen und versorgen kann.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen sich mit einem **Eigenanteil** von 10,00 € je Verordnung und zehn Prozent der anfallenden Kosten beteiligen. Die prozentuale Zuzahlung ist auf die ersten 28 Kalendertage der tatsächlichen Krankenpflege pro Kalenderjahr begrenzt.

Für die häusliche Krankenpflege stellt die BKK grundsätzlich qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung. Ist dies nicht möglich, werden auch Pflegepersonen anerkannt, die der Kranke sich selbst beschafft. In diesem Fall werden dem Versicherten die Kosten in angemessener Höhe erstattet.

## Soziotherapie und sozialpädiatrische Leistungen

Die BKK trägt die Kosten für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In Einzelfällen aber auch für einen längeren Zeitraum. Die Kosten der Behandlungspflege werden je nach Art der durchzuführenden Maßnahmen übernommen.

Für Versicherte, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, Leistungen selbstständig zu beanspruchen, stellt die BKK unter bestimmten Voraussetzungen eine **Soziotherapie** zur Verfügung. Detailinformationen erhalten Sie bei unserer BKK.

Die gesetzliche Zuzahlung beträgt zehn Prozent der kalendertäglichen Kosten, jedoch mindestens 5,00 € und 10,00 € für Versicherte, die mindestens 18 Jahre alt sind.

Wenn **heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen** für Kinder dazu dienen, eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, werden auch die „nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen“ von uns übernommen, wenn diese unter ärztlicher Verantwortung durchgeführt werden.

# Ärztliche Zusatzleistungen (IGeL-Leistungen)

Seit einiger Zeit bieten Ärzte ihren Patienten über die notwendige und zweckmäßige Behandlung auch zusätzlich privat zu zahlende „IGeL-Leistungen“ (Individuelle **G**esundheits-**L**eistungen) an, die nach Meinung der BKK zwar medizinisch machbar aber vielfach unnötig und überflüssig erscheinen (z. B. sportmedizinische Beratung, Blutgruppenbestimmung auf Wunsch, Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung, so genannte PSA-Bestimmung im Rahmen der Krebs-Früherkennung, zusätzliche Ultraschalluntersuchung bei einer Schwangerschaft ohne Komplikationen).

Fakt ist, dass die IGeL-Leistungen eine Lücke schließen sollen zwischen den Angeboten der GKV und dem großen Bereich des medizinisch Machbaren, das mehr oder weniger sinnvoll sein kann, aber auch unnötig und überflüssig, wenn nicht sogar schädlich.

Im Prinzip hat es eine Grauzone zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem Machbaren immer gegeben. So nennt die IGeL-Liste auch etliche längst bekannte Maßnahmen, die schon lange außerhalb der Krankenkassen-Finanzierung „eingekauft“ werden konnten. Neu ist aber, dass solche Leistungen von den Vertragsärzten heftig propagiert werden.

Die BKK rät deshalb ihren Versicherten, kritisch zu hinterfragen und erst nach einer detaillierten ärztlichen Information eine Erklärung gegenzuzeichnen. Im Zweifel wenden Sie sich bitte an unsere BKK, die auch zu einigen IGeL-Leistungen weitere Informationen bereit hält.

Die Liste der Individuellen Gesundheits-Leistungen ist umfangreich und vielfältig. Sie reicht von zusätzlicher jährlicher Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“) über sportmedizinischer Beratung, medizinisch-kosmetischer Leistungen bis hin zum Selbstbehauptungstraining als ergänzendes Therapieverfahren.

Eine komplette Liste der IGeL-Leistungen ist im Internet unter <http://www.e-bis.de/igel/igel.htm> zu finden.

## Impressum

Herausgeber: BKK Bundesverband, Essen, [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

Gestaltung: Typografischer Betrieb Lehmann, Essen

Verlag, Vertrieb und Druck: AGIS Verlag, Baden-Baden

Stand: Januar 2005

