



Wie wird der persönliche Schutz vollständig?

KV-Zusatz

Nebenwirkungen der Reformen

Wechselwirkungen

Zuzahlung	Grenzen/Ausnahmen	
Arznei- und Verbandmittel	10 % des Preises	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Fahrtkosten	pro Fahrt 10 % des Preises	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung	begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Heilmittel	10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 € je Verordnung	
Hilfsmittel	10 % für jedes Mittel	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind: 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro im Monat
Krankenhausbehandlung	10 Euro pro Kalendertag	maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 Euro pro Tag	
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Stationäre Vorsorge	10 Euro pro Tag	
Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär)	10 Euro pro Tag	Bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Zahnzusatz*/Regelversorgung	35 % bis 50 %	abhängig von den eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne

*Kinder und Jugendliche sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs generell von Zuzahlungen befreit. Ausnahmen: Zahnersatz und Fahrtkosten.
Quelle: GKV-Spitzenverband

	2 Keramik-Inlays (Privatversorgung)	Zahnbrücken im Ober- und Unterkiefer	2 Implantate mit Knochenaufbau u. Suprokonstruktion (Privatversorgung)
Zahnarzthonorar inkl. Laborkosten	1.042,84 Euro	4.290,00 Euro	4.520,00 Euro
max. Kassenzuschuss	-70,00 Euro	-2.136,90 Euro	-943,80 Euro
Eigenleistung für GKV-Versicherte ohne private Zusatzversicherung	972,84 Euro	2.153,10 Euro	3.576,20 Euro

GKV-Versicherungsschutz gesetzlich geregelt

Für alle Krankenkassen hat der Gesetzgeber einheitlich und verbindlich geregelt welche Leistungen zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Es dürfen nur Leistungen gewährt werden, die **ausreichend, zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sind.



Erstattung neuer Diagnose-/ Behandlungsmöglichkeiten

Ein Bundesausschuss von Vertretern der kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes der Krankenkassen legt fest, was von den Krankenkassen erstattet werden darf.

MDK

Der medizinische Dienst MDK entscheidet, welche Versorgung bezahlt wird. Es werden nur Behandlungen/Präparate aufgenommen, wenn nachgewiesen ist, dass sie bei allen Probanden/Patienten gleich wirken!

