

## Informationen für ausländische Studierende über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

*(z.B. Allgemeine Ortskrankenkasse – AOK, Barmer Ersatzkasse – BEK, Betriebskrankenkasse - BKK, Deutsche Angestellten Krankenkasse - DAK, Techniker Krankenkasse – TKK und andere)*

Die wichtigste Versicherung für alle Studierenden und ihre ggf. mitreisenden Familienangehörige ist die Krankenversicherung. In Deutschland besteht Krankenversicherungspflicht mit Gültigkeit in den Staaten des Schengen-Abkommens. Ausländische Studierende, die sich an einer Hochschule der Bundesrepublik Deutschland immatrikulieren wollen, müssen vor Immatrikulation eine deutsche Krankenversicherung abschließen oder nachweisen, dass sie über das Sozialversicherungsabkommen zwischen Deutschland und ihrem Heimatland versichert sind. Zum Nachweis muss die Europäische Krankenversicherungskarte – EHIC – European Health Insurance Card (unbedingt aus dem Heimatland mitbringen) vorgelegt werden. Die Voraussetzungen zum Eintritt in eine gesetzliche Krankenkasse bzw. Anerkennung der Heimatversicherung ist zwingend erforderlich. Bitte lassen Sie sich bei einer Krankenkasse Ihrer Wahl beraten.

*Sollte bei Beginn des Studiums in Deutschland das 29. Lebensjahr oder das 14. Fachsemester erreicht sein, ist die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr möglich. Diese Studierenden/Doktoranden müssen eine private Krankenversicherung abschließen!*

Erst ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft besteht Anspruch auf Leistungen von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, die von den gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind. Zudem sind Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse automatisch pflegeversichert. Allerdings besteht für Leistungsansprüche aus der Pflegekasse eine Wartefrist. Eine Befreiung von der Pflegeversicherung ist nicht möglich.

### Ärztliche Leistungen (ambulante Heilbehandlungen)

Vor Beginn einer Behandlung ist dem Arzt oder Zahnarzt die Versichertenkarte (Chipkarte) vorzulegen. Für einen Besuch beim Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten wird eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro pro Quartal für jeden Versicherten ab dem 18. Lebensjahr fällig. Die Praxisgebühr beim Facharzt entfällt durch Überweisung durch den Hausarzt. Die in Deutschland gezielt zur Früherkennung von Krankheiten eingeführten Vorsorgeuntersuchungen sowie Schutzimpfungen und die jährliche Zahnprophylaxe sind gebührenfrei.

### Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel

Bei verschreibungspflichtigen Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln (z.B. Einlagen) müssen Patienten 10 Prozent der Kosten selbst tragen. Die Zuzahlung beträgt zwischen 5 und 10 Euro. Für Medikamente, die der gesetzlichen Festpreisbindung unterliegen, kann der Eigenanteil höher ausfallen.

Beispiel: Bei einem Medikament für 80 Euro zahlt ein Patient 8 Euro dazu. Bei einer Salbe für 7 Euro werden dagegen nicht 70 Cent, sondern 5 Euro fällig. Ein sehr teures Medikament für 150 Euro kostet den Patienten dagegen statt 15 nur 10 Euro, sofern es nicht unter die Festpreisbindung fällt. Lassen Sie sich vom Arzt oder Apotheke beraten.

Zuschüsse für Sehhilfen (Gläser / Kontaktlinsen) erhalten nur noch Kinder unter 18 Jahren und Versicherte mit schwerer Sehschwäche. Über die Höhe der Bezuschussung informiert der Optiker oder die zuständige Krankenkasse.

### Fahrtkosten/Transportkosten

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen in Zukunft nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung. Aber auch dann muss der Patient

– ebenso wie bei Fahrten zu stationären Behandlungen 10 Prozent der Fahrtkosten zuzahlen, mindestens jedoch 5 Euro, höchstens aber 10 Euro.

#### Stationäre Heilbehandlung

Auch bei stationärer Behandlung (Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik) ist umgehend die Versichertenkarte vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten einer stationären Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse in einem von den gesetzlichen Krankenkassen zugelassenen Krankenhaus/Klinik. Es besteht freie Wahl unter allen zugelassenen Krankenhäusern/Kliniken.

**Aber:** Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen vom ersten Tag der stationären Behandlung (einschließlich Entlassungstag) pro Tag 10 Euro als Eigenbeteiligung an das Krankenhaus zahlen. Die Zuzahlung ist aber auf 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt (maximale Zuzahlung im Kalenderjahr 280 Euro).

#### Heilbehandlungen

Bei Heilbehandlungen, wie zum Beispiel Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie oder Massage, müssen Patienten 10 Prozent der Kosten selber tragen. Hinzu kommen 10 Euro pro Rezept (Verordnung). Das heißt: Wer vom Arzt sechs Therapieeinheiten verordnet bekommt, zahlt 10 Prozent der gesamten Behandlungskosten und 10 Euro für das Rezept.

#### Zahnersatz

An den Kosten für prothetische Zahnbehandlungen beteiligen sich die Krankenkassen nur noch mit einem Festkostenzuschuss.

**Wichtig:** Bevor sich für eine bestimmte Zahnersatzbehandlung entschieden wird, sollte durch den Zahnarzt ein kostenfreier Heil- und Kostenplan erstellt werden und in jedem Fall eine Beratung durch die Krankenkasse erfolgen.

#### Schwangerschaft und Entbindung

Versicherte haben bei Schwangerschaft oder Geburt Anspruch auf Übernahme der folgenden Kosten:

- ärztliche Betreuung (z.B. regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen) und Hebammenbetreuung,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- stationäre Entbindung (allgemeine Pflegeklasse)

#### Mitreisende Ehepartner und Kinder

In der Regel können Familienangehörige (Ehepartner ohne eigenes Einkommen oder Kinder) kostenfrei bei der gesetzlichen Krankenkasse mitversichert werden.

#### **Wichtiger Hinweis: Unbedingt Belege sammeln!**

Ärzte, Apotheker, Therapeuten oder Kliniken müssen den Patienten Quittungen über geleistete Zuzahlungen ausstellen. Wer seine persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, erhält von der Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung und muss für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten. Bitte informieren Sie sich über die Höhe Ihrer Belastungsgrenze (Berechnungsgrundlage: z.B. Stipendienrate und eventuelle Nebenleistungen). Einige Krankenkassen bereiten Formulare vor, die den Nachweis der gezahlten Zuzahlungen erleichtern sollen. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.