

6 Mutterschutz und Leistungen der Krankenkassen

6.1 Mutterschutzgesetz

Für Studentinnen, die während ihres Studiums einem Mini-Job oder einer Werkstudententätigkeit nachgehen und über einen eigenen Verdienst verfügen, gelten im Falle einer Schwangerschaft und Geburt die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes.

Sobald eine werdende Mutter Gewissheit über ihre Schwangerschaft und den voraussichtlichen Tag der Entbindung hat, ist dies dem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Nur dann kann er die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten zum Schutz der werdenden Mutter auch erfüllen.

Nach § 9 MuSchG steht die werdende Mutter unter Kündigungsschutz. Von Beginn der Schwangerschaft bis vier Monate nach der Geburt ist eine Kündigung durch den Arbeitgeber unzulässig (auch bei geringfügig Beschäftigten). Wird nach der Geburt des Kindes Elternzeit genommen, so verlängert sich der Kündigungsschutz um diesen Zeitraum. Falls der Arbeitgeber trotz Mutterschutz eine Kündigung ausspricht, sollte innerhalb von zwei Wochen nochmals auf die Schwangerschaft hingewiesen werden (Kosten für einen ärztlichen Bescheid übernimmt der Arbeitgeber). Darüber hinaus ist es ratsam, gegen die Kündigung Widerspruch einzulegen und gleichzeitig die zuständige Abteilung für Arbeitsschutz und technische Sicherheit, beim Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V, einzuschalten.

Rostock:

Landesamt für Gesundheit und Soziales MV
Abt. Arbeitsschutz und technische Sicherheit, Dez. 54
Erich-Schlesinger Str. 35
18059 Rostock
Tel: 0381 / 122 1 054
Fax: 0381 / 122 1 001

Zuständig für Wismar:

Landesamt für Gesundheit und Soziales MV
Abt. Arbeitsschutz und technische Sicherheit, Dez. 55
Wismarsche Str. 159
19053 Schwerin
Tel: 0385 / 3991-102

Die Mutterschutzfrist beginnt sechs Wochen vor und endet acht Wochen nach der Geburt, bei Früh- oder Mehrlingsgeburten 12 Wochen nach der Entbindung. Wird das Kind vor dem errechneten Termin geboren, werden die überzähligen Tage des Mutterschutzes an die acht Wochen nach der Geburt angehängt. Wird das Kind nach dem errechneten Termin geboren, bleiben die acht Wochen trotzdem vollständig bestehen. Während der Zeit der Mutterschutzfristen nach §§ 3 und 8 MuSchG

besteht *Beschäftigungsverbot* für die Mütter. Sind Gesundheit und Leben der Mutter oder des Kindes gefährdet, so kann ein Beschäftigungsverbot, gemäß § 4 MuSchG, auch über diese Zeit hinaus gelten. *In diesem Fall muss Lohnfortzahlung erbracht werden.*

6.2 Mutterschutzgeld

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld setzt zunächst voraus, dass

- Die Studentin in der Zeit zwischen dem 10. und dem 4. Monat vor der Entbindung mindestens zwölf Wochen Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse war (pflicht- oder freiwillig versichert)
- und in einem Arbeitsverhältnis stand.

Ausschlaggebend für den Anspruch ist allerdings, dass das Arbeitsverhältnis bei Beginn der Mutterschutzfrist (sechs Wochen vor der Geburt) noch bestand oder zulässig gekündigt wurde. Als Arbeitsverhältnis gelten auch vorübergehend ausgeübte oder sog. geringfügig entlohnte Beschäftigungen.

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld richtet sich nach der tatsächlichen Dauer des Mutterschutzes. Die Höhe wird von der Krankenkasse auf Basis des Nettolohnes der letzten drei Kalendermonate berechnet. Der Höchstbetrag liegt bei 13,00 EUR pro Kalendertag. Wenn das Nettogehalt diesen Betrag übersteigt, muss der Arbeitgeber während der Mutterschutzfrist für die Differenz aufkommen, so lange das Arbeitsverhältnis besteht.

Der Antrag auf Mutterschutzgeld ist frühestens sieben Wochen vor dem Entbindungstermin an die Krankenkasse zu richten. Der Arzt oder die Hebamme stellen erst dann eine Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin aus. Die Krankenkasse benötigt außerdem noch den Namen und die Anschrift des Arbeitgebers, damit sie dort das durchschnittliche Nettoeinkommen erfragen kann.

Mutterschaftsgeld vom Bundesversicherungsamt

Studentinnen, die nicht selbst in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht- oder freiwillig versichert sind und zu Beginn der Mutterschutzfrist ein bestehendes Arbeitsverhältnis haben, erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe von maximal 210,00 EUR. Der Antrag ist zusammen mit einer Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin zu richten an das:

Bundesversicherungsamt

- Mutterschaftsgeldstelle -

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Tel - Hotline: 0228 / 619 – 1888

Sprechzeiten: Mo – Fr: 09.00 – 12.00 Uhr

Do: 13.00 – 15.00 Uhr

Fax: 0228 / 619 - 1877

e-mail: mutterschaftsgeldstelle@bva.de

Internet: www.mutterschaftsgeld.de

Der Antrag sowie ein Merkblatt sind online erhältlich unter:

<http://www.bva.de/Mutterschaftsgeld/Infos.htm>

6.3 Krankenversicherung

Die Krankenversicherung von Studierenden unterliegt den Regelungen des Sozialgesetzbuches Teil V (SGB V). Danach sind Studenten, die an staatlich oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, versicherungspflichtig. Studierende müssen zu Beginn des Studiums bei der Immatrikulation, beim Wechsel der Krankenkasse oder der Hochschule eine Versicherungsbescheinigung einreichen. Diese Bescheinigung ist in jeder Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse erhältlich. Bei deren Vorlage bestätigt die Hochschule automatisch der Krankenkasse die Einschreibung.

Privat versichert

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist auf Antrag möglich. Der Antrag auf Befreiung muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei einer Krankenkasse seiner Wahl, gestellt werden. Diese Befreiung gilt für die gesamte Studienzzeit und kann nicht widerrufen werden.

Als Student familienversichert

Studierende können in der gesetzlichen Krankenkasse bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres beitragsfrei über die Eltern mitversichert sein.

Wer Grundwehr- oder Zivildienst geleistet hat und deshalb sein Studium unterbrechen oder später anfangen musste, bleibt um diesen Zeitraum verlängert versichert. Auch andere gesetzliche Dienste, wie zum Beispiel Entwicklungsdienst, können sich unter bestimmten Voraussetzungen verlängernd auf die Familienversicherung auswirken.

Achtung: Einkommensgrenzen! Wer über ein Gesamteinkommen verfügt, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2009 = 360,00 EUR) überschreitet, kann nicht mehr familienversichert sein. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,00 EUR. Er wird in der Regel selbst Beitrag zahlendes Mitglied. Besonderheit: Für Kinder, bei denen ein Elternteil nicht gesetzlich versichert ist, ist die Familienversicherung ausgeschlossen, wenn das regelmäßige Gesamteinkommen des nicht gesetzlich versicherten Elternteils 4.050,00 EUR monatlich (2009) übersteigt. Dabei muss das Gesamteinkommen dieses Elternteils regelmäßig höher sein als das des Mitglieds der gesetzlichen Krankenkasse. Letzteres gilt nur, wenn die Eltern miteinander verheiratet sind. Ab 25 Jahren wählen Sie Ihre Krankenkasse selbst.

Krankenversicherung der Studenten

Die Krankenversicherung der Studenten (KVdS) setzt mit Beginn des Semesters, frühestens jedoch mit dem Tag der Einschreibung bzw. der Rückmeldung, ein. Beim Wegfall vorrangiger Versicherungsverhältnisse (z.B. Familienversicherung) beginnt die Mitgliedschaft mit Beginn des Tages, der auf den Wegfall folgt. Der KVdS können Studierende bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, angehören. Aus bestimmten persönlichen oder familiären Gründen (z.B. Wehrdienst oder Geburt des Kindes) kann sich die Altersgrenze verlängern. Mit der KVdS kann auch eine Familienversicherung begründet werden (§10 SGB V).

Beiträge

Für alle Studierende ist der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt. Er berechnet sich aus dem BAföG-Bedarfssatz und dem durchschnittlichen Beitragssatz aller Krankenkassen. Er beträgt derzeit bundeseinheitlich mtl. 65,53 EUR (incl. Pflegeversicherung), für kinderlose Studenten ab dem 23. Lebensjahr mtl. 66,81 EUR (Stand: 01/2009). BAföG-geförderte Studenten können einen Beitragszuschuss erhalten.

Zuzahlungen

BAföG-Bezieher werden von den Eigenbeteiligungen der berechnungsfähigen Kosten für Zahnersatz befreit. Studierende, die selbst Mitglied einer Krankenkasse sind und Einkünfte bis zur Härtefall-Grenze (2009: 1008,00 € für Alleinstehende) beziehen, können ebenfalls die Befreiung von der Zuzahlung für Zahnersatz beantragen. Ihre Krankenkasse hilft Ihnen gern weiter. Seit dem 1.1.2004 müssen auch Studenten zu ihren Medikamenten zuzahlen – die Belastungsgrenze liegt hier bei 2 Prozent des Bruttojahreseinkommens. Als Bruttoeinkommen zählen alle wiederkehrenden Bezüge, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes dienen, z.B. Unterhaltszahlungen der Eltern, BAföG-Zahlungen, Stipendien, Arbeitseinkommen sowie Kapital- oder Mieteinkünfte. Erst nach Überschreiten dieser Grenze können sie für das restliche Jahr von den Zuzahlungen befreit werden. Bezieht ein Student ausschließlich BAföG kann er sich von vornherein von den Zuzahlungen befreien lassen. Die jeweilige Krankenkasse hilft gern weiter.

Ende der Versicherungspflicht

Die Pflichtversicherung endet in der Regel mit dem Abschluss des Studiums, mit Ablauf des 14. Fachsemesters oder mit dem Semester, in dem Sie das 30. Lebensjahr vollenden. Ausnahmen sind möglich, wenn familiäre oder persönliche Gründe oder die Art der Ausbildung eine Verlängerung rechtfertigen (beispielsweise bei Krankheit, Geburt eines Kindes und dessen anschließende Betreuung oder der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen für ein Studium auf dem zweiten Bildungsweg). Wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Krankenkasse. Endet die Versicherungspflicht, sollten Sie eine Weiterversicherung prüfen und Vergleiche anstellen. Verschiedene Krankenkassen bieten einen besonders günstigen Absolventen-Tarif.

Kostenlose Familienversicherung von Kindern

Die kostenlose Mitversicherung eines Kindes in der Familienversicherung der studierenden Eltern ist grundsätzlich möglich – allerdings nur dann, wenn die Studierenden nicht selbst bei ihren Eltern in die Familienversicherung einbezogen sind. Besteht ein eigener Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenkasse, ist das Kind in der Regel kostenlos mitversichert.

6.4 Zusätzliche Leistungen der Krankenkassen

Leistungen bei Schwanger- und Mutterschaft

Bei Schwanger- und Mutterschaft haben die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten nach §195 Reichsversicherungsordnung (RVO) neben dem Mutterschaftsgeld folgende Leistungen zu erbringen:

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- stationäre Entbindung,
- häusliche Pflege,
- Haushaltshilfe.

Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Die ärztliche Betreuung beinhaltet z.B. Untersuchungen zur Feststellung einer Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen, Laboruntersuchungen sowie ärztliche Hilfe bei und nach der Entbindung. Die Hebammenhilfe umfasst neben der Beratung auch Hilfe während der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie die Betreuung der Wöchnerin und des Neugeborenen (hier idR für 9 Tage).

Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln

Im Unterschied zur Arzneimittelversorgung im Rahmen einer Krankenbehandlung besteht während der Schwangerschaft und in Zusammenhang mit der Geburt keine Zuzahlungspflicht, auch nicht zu den Krankenhausaufenthaltskosten.

Stationäre Entbindung

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, muss diese für die Kostenübernahme mit den Krankenkassen zusammenarbeiten. Dann besteht für Mutter und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Transport, Pflege und Verpflegung, jedoch maximal bis zu sechs Tagen nach der Entbindung. Eine Entbindung ist auch zuhause möglich.

Haushaltshilfe

Nach § 38 SGB V stehen Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse, denen es selbst nicht möglich ist ihren Haushalt zu führen, eine Haushaltshilfe zur Verfügung. Voraussetzungen hierfür können sein:

- aus Anlass der Entbindung, wenn die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist, das ist mindestens eine Woche nach der Geburt der Fall, und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht führen kann. (§ 199 Reichsversicherungsverordnung – RVO),
- während der Schwangerschaft in begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei Verordnung strikter Bettruhe),
- bei Erkrankung der Erwachsenen eines Familienhaushaltes mit betreuungsbedürftigen Kindern unter 12 Jahren (bei einem Kind mit Behinderung: ohne Altersgrenze).

Der Antrag wird unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung die Angaben über den Grund sowie die Art, die Intensität und die voraussichtliche Dauer der Haushaltshilfeleistung enthält, bei der zuständigen Krankenkasse gestellt. Für eine Woche nach der Geburt kann das Attest auch durch die für die Nachsorge zuständige Hebamme ausgestellt werden.

Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen, muss sie die Kosten für eine von der Versicherten selbst engagierte Pflegekraft in angemessener Höhe erstatten. Für Verwandte und Schwägerer bis zum 2. Grad werden Fahrkosten und Verdienstausschlag in angemessener Höhe erstattet.

Es gelten die gleichen Regeln wie im Punkt „Häusliche Pflege“ beschrieben. Gewährt wird eine Haushaltshilfe dann, wenn die Versorgung eines im Haushalt lebenden Kindes unter zwölf Jahren oder eines behinderten und auf Hilfe angewiesenen Kindes nicht mehr gewährleistet ist z.B. wegen:

- eines Krankenhausaufenthaltes,
- eines Kuraufenthaltes,
- einer häuslichen Krankenpflege.

Häusliche Pflege

Der Anspruch auf häusliche Pflege setzt (im Gegensatz zur Haushaltshilfe) keine mit im Haushalt lebenden Kinder unter 12 Jahren oder ein behindertes Kind voraus. Ansonsten bestehen die gleichen Voraussetzungen auf eine Inanspruchnahme wie oben (Haushaltshilfe).

Erweiterung des Krankenkassenschutzes durch sog. Satzungsleistungen

Im Dritten Kapitel des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) sind sämtliche Pflichtleistungen der Krankenkassen festgelegt. Darüber hinaus haben die Krankenkassen die Möglichkeit, durch sogenannte Satzungsleistungen (Zusatzleistungen) den Krankenkassenschutz für Ihre Mitglieder zu erweitern. Die Satzungsleistungen werden im Rahmen von „Modellvorhaben“ angeboten, d.h. sie sind zeitlich begrenzt, meist auf 3 oder 5 Jahre, 8 Jahre sind gesetzlich maximal zulässig. Ziel kann die Erprobung neuer Heilmethoden (z.B. Akupunktur) zur Verbesserung der medizinischen Versorgung sein oder die „Erziehung“ der Mitglieder zu gesundheitsbewussterem Verhalten (Prävention).