



Ausgabe 05/2020

27. Februar 2020

Was die Kasse so alles zahlt

Brille: Erwachsene müssen Sehhilfen wie Brillen und Kontaktlinsen aus eigener Tasche bezahlen. Ausnahme: Bei einer Sehschwäche von mehr als sechs Dioptrien oder mehr als vier Dioptrien bei einer Hornhautverkrümmung sowie schweren Augenerkrankungen zahlen die gesetzlichen Kassen einen Festzuschuss. Dieser beträgt zwischen 10 und 112 Euro pro Glas und ist vor allem abhängig vom Material. Das Brillengestell und mögliche Extras müssen Versicherte immer selbst bezahlen. Für Kontaktlinsen gibt es die Zuschüsse nur in medizinisch zwingenden Ausnahmefällen. Wichtig: Für die Antragstellung ist eine Verordnung des Augenarztes erforderlich, ein Nachweis des Optikers genügt nicht.

Fahrtkosten: Unter bestimmten Bedingungen übernehmen gesetzliche Krankenkassen Kosten für medizinisch notwendige Fahrten zum Arzt oder in die Klinik, beispielsweise bei Dialysen oder Chemotherapien. Gute Chancen haben auch Versicherte mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, Bl oder H. Ist jemand in Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft, gilt die Genehmigung sogar schon als erteilt. Für alle Fälle gilt: Vorher nachfragen und beantragen. Kleiner Wermutstropfen: Für jede Fahrt wird die übliche Zuzahlung fällig. "Dabei gelten Hin- und Rückfahrten als getrennte Fahrten", sagt Heike Morris, juristische Leiterin der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Zuzahlung: 10% der Fahrtkosten muss der Patient zahlen (mindestens 5 €, maximal 10 €)

Zweitmeinung: Manchmal will man die Diagnose durch einen zweiten Arzt bestätigen lassen, oder man zweifelt an der empfohlenen OP-Methode. Jeder hat das Recht auf eine zweite Meinung, die Krankenkassen dürfen die Kostenübernahme dafür nicht ablehnen.

"Bei Gebärmutterentfernung und Mandeloperationen muss der Arzt sogar aktiv darauf hinweisen, dass dem Patienten eine Zweitmeinung zusteht", sagt Heike Morris von der UPD. Dabei hat der Patient stets die freie Arzt- und Krankenhauswahl. Manche Krankenkassen haben zudem einen eigenen Zweitmeinungsservice. Sie bieten eine telefonische Beratung an und vermitteln kurzfristig Termine bei Spezialisten.

Zahnersatz ist teuer, und die Krankenkassen tragen in aller Regel nur die Hälfte der Kosten – mit ausgefülltem Bonusheft bis zu 65 Prozent. Für Geringverdiener gibt es eine Härtefallregelung: Wer monatlich eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet, kann volle Kostenübernahme beantragen.

Haushaltshilfen: Kann ein Patient aufgrund einer Therapie seinen Haushalt nicht führen, übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Haushaltshilfe für bis zu vier Wochen. Sind Kinder unter zwölf Jahren zu versorgen, um die sich keiner kümmern kann, gilt das sogar bis zu 26 Wochen. Bei älteren Kindern lohnt sich die Nachfrage auf Kulanzerstattung. Auch die maximale Erstattung pro Tag erfragen, die bei jeder Kasse anders ist. Es gelten die üblichen Zuzahlungsregelungen. Voraussetzung: Der Arzt muss eine entsprechende Bescheinigung ausstellen, aus der Beginn, Dauer und Umfang der Hilfe hervorgehen. Der Anspruch besteht nur, wenn keine im Haushalt lebende Person den Haushalt fortführen kann. Freie Wahl: Auch bei der Wahl der Fachkraft ist der Patient frei. Kassen unterstützen oft bei der Suche, damit keine Mehrkosten entstehen. Auch eine vertraute Person kann die Haushaltsführung übernehmen. Aber: Für Ehepartner und nahe Verwandte bis zweiten Grades werden lediglich Verdienstaufschlag und Fahrtkosten (auf Nachweis) angemessen erstattet. Für manche Patienten bietet sich als Alternative auch eine bis zu achtwöchige Kurzzeitpflege in einer geeigneten Einrichtung an.

Facharzttermin: Für gesetzlich Versicherte ist es nicht immer leicht, einen kurzfristigen Termin bei einem Facharzt zu erhalten. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Abhilfe schaffen. Maximal eine Woche darf sich die Stelle Zeit lassen, um dem Versicherten einen Termin innerhalb von vier Wochen bei einem geeigneten Facharzt in seiner Nähe zu nennen. Oft gelingt das sogar innerhalb von zwei Wochen. Wichtig: Es besteht kein Anspruch auf einen Wunscharzt, und der Versicherte benötigt eine Überweisung seines Hausarztes (außer bei Augen- und Frauenärzten). Termine für Zahnärzte, Kieferorthopäden und Physiotherapeuten werden nicht vermittelt. Wenn es dringender ist, kann der ärztliche Bereitschaftsdienst helfen.