

Leistungsübersicht der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV):

BDZ – Deutsche Zoll- und Finanzgewerkschaft – Beamtenbund und Tarifunion – Berlin.

Wenn Sie mit den Leistungen Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht einverstanden sind, steht Ihnen der Rechtsweg offen. Doch bevor Sie widersprechen, sollten Sie wissen, was Sie ohne Probleme erhalten und was definitiv aus der Leistungspflicht ausgeschlossen ist. Ob das Fitnessstudio, die Haushaltshilfe oder die Empfängnisverhütung dazu gehören, wird Ihnen nachfolgend ausführlich von A bis Z erläutert:

Alternative Behandlungsmethoden:

Viele Menschen schwören auf alternative Heilmethoden und Naturheilverfahren. Mit manchen Mitteln und Maßnahmen aus der „**komplementären Medizin**“ haben sowohl Patienten als auch Ärzte gute Erfahrungen gemacht. Dennoch gilt: Ein Wirksamkeitsnachweis ist aus methodischen Gründen oft schwieriger als bei der wissenschaftlich fundierten modernen Medizin, oftmals liegen keinerlei konkrete und aussagekräftigen Studien vor. Daher dürfte es für Patienten hier noch erheblich schwieriger sein als in der „Schulmedizin“, sich zu orientieren und das Passende für sich zu finden. Zumindest erwähnt werden soll aber, dass auf diesem Gebiet hier besonders viele „Quacksalber“ und „Abzocker“ ihre Dienste anbieten. Ein Problem stellt sich aber unabhängig von Ihrer persönlichen Meinung. Die Kosten für diese alternativen Heilmethoden werden von den gesetzlichen Krankenkassen **nur** selten erstattet. Über Ausnahmen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Er soll dabei eine Fürsorgepflicht für Patienten übernehmen und nur Verfahren zulassen, deren Wirksamkeit einigermaßen erwiesen ist – so das Bundessozialgericht (BSG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat zum Beispiel **Akupunktur** bei chronischen Knie- oder Rückenschmerzen als GKV-Leistung definiert. Bei einigen anderen Methoden hat das Gremium dagegen ausdrücklich festgestellt, dass sie **nicht** auf Kassenkosten verordnet werden dürfen, zum Beispiel Magnetfeld- und die Sauerstofftherapie sowie die Eigenblut- und Eigenharntherapie. Wenn eine GKV eine naturheilkundliche oder homöopathische Behandlung bezahlt, dann nur, wenn ein Vertragsarzt sie durchführt. Honorare für Heilpraktiker müssen Sie also in jedem Fall **selbst** zahlen. Im Rahmen des Wettbewerbs zwischen den GKV erstatten manche freiwillig die Kosten für Methoden wie **anthroposophische Therapie** oder Autogenes Training, wenn es als Entspannungsverfahren bei psychosomatischen Störungen und chronischen Schmerzen eingesetzt wird. Auch die Behandlung mit einigen pflanzlichen Medikamenten übernehmen manche Kassen. Verständlich ist, dass Menschen, die an einer sehr schweren, womöglich tödlichen Krankheit leiden, nach jedem Strohalm greifen, selbst wenn der Nutzen einer Therapie umstritten ist. So bieten einige Kassen – insbesondere alternative Krebstherapien – als GKV-Leistung an, zum Beispiel die Behandlung mit **Mistelpräparaten**. Und: Für die Schwerstkranken, denen andere Methoden nicht mehr helfen, haben hier das Bundesverfassungs- und Bundessozialgericht schon mehrfach geurteilt, dass GKV alternative Behandlungen bezahlen müssen.

Atteste:

Atteste benötigen Sie zum Beispiel für den Arbeitgeber oder um Ihr Kind vom Sportunterricht befreien zu lassen. Zwar sind Sie oft darauf angewiesen, einen solchen Nachweis vorzulegen, aber auch, wenn man das als ungerecht empfinden

kann: Für Atteste müssen Sie **selbst** bezahlen. Der Doktor rechnet nach der (GOÄ) der Gebührenordnung für Ärzte ab, wenn er ein Attest erstellt. Die Kosten fallen je nach seinem Arbeitsaufwand sehr unterschiedlich aus. Anhaltspunkte: Die untere Grenze liegt bei fünf bis 15 Euro, wenn **keine** Untersuchung erforderlich ist und nur ein Formular ausgefüllt werden muss. Ausführliche Atteste kosten um die 40 bis 50 Euro, spezielle Bescheinigungen wie Sporttauglichkeitsatteste, für die ärztliche und labormedizinische Untersuchungen notwendig sind, können bis zu 100 Euro oder gar mehr kosten.

Auslandsaufenthalte:

Als gesetzlich Versicherter haben Sie in vielen Fällen grundsätzlich Anspruch auf medizinische Versorgung, wenn Sie sich im Ausland aufhalten – sei es wegen eines kurzen Urlaubs oder für längere Zeit. Allerdings ist das besonders kompliziert, daher können wir hier nur ein paar grundsätzliche Regelungen darlegen. Speziell bei Detailfragen zum Thema gesetzliche Krankenversicherung und zum Auslandsaufenthalt wenden Sie sich am besten an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). Sie gehört zum GKV-Spitzenverband und bietet auf ihrer Internetseite (www.dvka.de) viele Informationen, sowie Broschüren zum Herunterladen.

Im Urlaub:

Im Urlaub haben Sie nur Anspruch auf **sofort** erforderliche Maßnahmen, das heißt, wenn Sie plötzlich erkranken und direkt behandelt werden müssen. In Notfällen zahlt die GKV für **ärztliche** und **zahnärztliche** Behandlung, für **Arzneimittel** und dringend notwendige **Krankenhausbehandlungen** Art und Umfang richten sich immer nach den Vorschriften, die in den **einzelnen** Ländern gelten. Grundsätzlich werden hier höchstens die Kosten erstattet, die Ihre GKV ggf. auch in Deutschland übernehmen müsste. Sie können aber nicht eigens nach Italien fahren, um eine Störung Ihrer Gesundheit therapieren zu lassen, nur weil Ihnen Landschaft und Wetter dort besser gefallen. Allerdings gibt es Möglichkeiten, sich unter bestimmten Umständen doch in einem EU-Land behandeln zu lassen. Das muss vorher genehmigt werden, fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach.

Arbeiten im Ausland:

Wenn Sie in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind und längere Zeit im Ausland arbeiten, haben Sie dort meist ebenfalls Ansprüche. Ob im Einzelfall die deutschen Vorschriften oder die des Gastlandes gelten, ist ebenso unterschiedlich geregelt wie die Frage, ob Sie während des Auslandsaufenthalts im Gastland versichert sein müssen. In manchen Ländern ist es nicht ausgeschlossen, dass Sie sich sogar **doppelt** versichern müssen. Entscheidend dafür ist, ob für Arbeitnehmer deutsche oder ausländische Rechtsvorschriften gelten, ist der ständige Wohnsitz noch der Firmensitz des Arbeitgebers, sondern vielmehr der Ort, an dem die Arbeit tatsächlich ausgeführt wird.

Brillen:

Die Kosten für eine Brille übernehmen die Krankenkassen nur noch bei Kindern, weil Sehfehler, die in der frühen Kindheit nicht korrigiert werden, später erhebliche gesundheitliche und finanzielle Folgen haben. Auch für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie für **schwersehbehinderte** Menschen gilt diese Regelung. Hier wird generell ein Festbetrag erstattet. Die Regelungen für **Kontaktlinsen** sind noch strenger. Die Verschreibung einer Brille ist aber in jedem Fall eine Kassenleistung

und darf vom Arzt **nicht** privat berechnet werden.

Empfängnisverhütung:

Die Kosten für Produkte, die ausschließlich zur Empfängnisverhütung bestimmt sind, zum Beispiel die „Antibabypille“, übernimmt die GKV nicht. Allerdings können die Ausgaben für Präparate, die aus **medizinischen Gründen** notwendig sind, erstattet werden. Das gilt etwa, wenn eine Frau keine Kinder bekommen darf, weil sie Medikamente nehmen muss, die das **Ungeborene** schwer schädigen würden. Die ärztliche Beratung zur Familienplanung bezahlt die GKV, sie darf nicht als IGeL-Leistung abgerechnet werden.

Fahrtkosten:

Kosten für die Fahrt zum Arzt werden nur noch in Ausnahmefällen von der GKV übernommen. Viele kranke, alte oder behinderte Menschen sind jedoch nicht in der Lage, zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arzt zu kommen. Oft ist auch ein Hausbesuch nicht möglich, etwa wenn der Arzt für eine Untersuchung bestimmte Geräte benötigt, ohnehin ist es heutzutage in vielen Regionen nicht mehr so leicht, einen Arzt zu finden, der Hausbesuche macht – wie viele Patienten aus eigener Erfahrung wissen. Sie sollten in jedem Fall begründen, warum ihnen keine andere Möglichkeit offensteht, als die Fahrten zu unternehmen. Weisen Sie darauf hin, dass durch die ambulante Behandlung ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Einen Anspruch auf Erstattung der Fahrtkosten haben im Prinzip Behinderte mit Behindertenausweis (starke Gehbehinderung, Blindheit, auch mit besonderen Merkzeichen :G, aG oder H im Ausweis), ebenso Menschen mit Pflegestufe II und III. Ferner haben diesen Anspruch Krebspatienten, die zur Chemotherapie oder Strahlenbehandlung sowie Nierenkranke, die zur Dialyse müssen. Dies gilt laut SGB V (Sachgesetzbuch V) auch für weitere Patienten mit „**vergleichbaren Umständen und Behandlungen**“. Was das aber genauer bedeutet, kann strittig sein. Ein Gespräch mit der Krankenkasse kann hier Klarheit bringen.

Fitnessstudio:

Sport mag nicht Mord sein, sondern – richtig betrieben – die Gesundheit fördern. Dennoch übernimmt die GKV normalerweise die Kosten hierfür nicht. Allerdings kann sie selbst Gesundheitsprogramme anbieten oder Sie für Ihr Gesundheitsbewusstsein im Rahmen von Bonusprogrammen belohnen.

Haushaltshilfe:

Wenn Sie ein Kind im Alter bis zu zwölf Jahren oder ein behindertes Kind haben, steht Ihnen eine Haushaltshilfe zu, wenn Ihnen krankheitsbedingt die Führung des Haushalts **nicht möglich** ist. Dies gilt hier z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt, manchmal auch in anderen und vergleichbaren Lebenssituationen. Die Tätigkeiten einer Haushaltshilfe umfassen **nicht** die Betreuung der Kinder, sondern zum Beispiel das Einkaufen, Kochen oder die Pflege von Kleidung und Wohnung. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann. Auch in diesem Fall müssen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse stellen. In der Regel vermittelt diese dann eine geeignete Hilfskraft.

„Fürs Krankenhaus zu gesund, für zu Hause zu krank“, so könnte man die Grundidee der kassenfinanzierten häuslichen Krankenpflege beschreiben. Sie darf nicht mit einem anderen Zweig der Sozialversicherung verwechselt werden, nämlich der gesondert organisierten und finanzierten Pflegeversicherung der Krankenkassen für dauerhaft pflegebedürftige Menschen. Bei der GKV haben Sie nur dann einen

Anspruch auf medizinische Pflege, wenn diese zur Genesung beiträgt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann. Sie ist – außer in begründeten Ausnahmefällen – auf vier Wochen begrenzt. Ihr Arzt muss Ihnen die häusliche Krankenpflege verordnen. Dazu füllt er ein Formular aus, in dem der Grund, die Art und Intensität sowie die voraussichtliche Dauer dieser Maßnahme angeben muss. Es ist aber Ihre Pflicht, den Antrag bei der Kasse einzureichen. Und das sollten Sie rechtzeitig vor Beginn der betreffenden Situation tun. Nur wenn akut Hilfe erforderlich ist, genügt es, den Antrag mit Pflegebeginn zu stellen.

Heilmittel:

Der Wortbestandteil „...mittel“ ist ein wenig irreführend. Denn bei den Heilmitteln handelt es sich um „Dienstleistungen“, z.B. um Krankengymnasten, Masseurinnen, oder Sprachtherapeuten. Heilmittel müssen von einem Vertragsarzt verordnet werden. Dabei genügt es jedoch nicht, dass diese Dienstleistung einen allgemeinen positiven Einfluss auf Gesundheit haben kann, sondern es muss konkret um eine vorhandene Krankheit gehen. Heilungsprozesse sollen unterstützt, Beschwerden gelindert oder eine Verschlimmerung verhindert werden. Welche Heilmittel der Arzt verordnen darf, gestaltet sich auch hier im Detail kompliziert. Dafür hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen umfangreichen Heilmittelkatalog aufgestellt. Im Internet finden Sie die Zusammenstellung unter: www.heilmittelkatalog.de. An dieser Stelle können wir nur ein paar Prinzipien beschreiben: Bei gleichartigen Erkrankungen sind unterschiedliche therapeutische Maßnahmen möglich; auch der Heilmittelkatalog legt aber immer ein „vorrangiges Heilmittel“ fest, woran sich auch der Arzt halten muss, und so kann es zum Beispiel passieren, dass Sie bei einem bestimmten Rückenleiden mit einer Verordnung für Krankengymnastik nach Hause gehen, obwohl Sie gerne Rückenmassagen gehabt hätten. Ferner ist im Katalog für jede Maßnahme eine Höchstmenge festgelegt. In der Regel bekommen Sie mit der **Erstverordnung** zunächst zum Beispiel nur **sechs** oder **zehn** Einheiten, danach müssen Sie sich erneut vom Arzt untersuchen lassen, damit er gegebenenfalls eine oder zwei Folgeverordnungen ausstellen kann – bis die Höchstmenge erreicht ist. Selbst wenn die Beschwerden wiederkommen, müssen Sie in jedem Fall **zwölf** Wochen Pause machen. Alles, was von der Regelfallverordnung abweicht, muss von der Kasse extra genehmigt werden. Alle Heilmittelverordnungs-Regeln gelten übrigens für **eine** Erkrankung. Wenn Sie also Beschwerden in der Lendenwirbelsäule und in der Schulter haben, können dafür unabhängig voneinander Massagen oder Krankengymnastik verordnet werden.

Zuzahlung: Bei Versicherten über 18 Jahren **zehn Prozent** der Kosten und auch zusätzlich **10 Euro pro Verordnung**.

Hilfsmittel:

Sie haben einen **Anspruch** darauf, dass Ihre GKV Hörhilfen, orthopädische und andere Hilfsmittel bezahlt. Dabei geht es darum, den Behandlungserfolg zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Die Grenze liegt da, wo die Hilfsmittel „als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens“ anzusehen sind. In den meisten Fällen gelten **Höchstgrenzen** für die Erstattungen. Die Mehrkosten für aufwändigere oder gar luxuriöse Ausführungen müssen **Sie selbst tragen**. Zu den Kosten, die übernommen werden, gehören auch die **Wartung** sowie die **Schulung** für den Gebrauch von Hilfsmitteln. Unter Umständen können die Krankenkassen Hilfsmittel nur **leihweise** überlassen.

Impfungen:

Viele Schutzimpfungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Dazu gehören Impfungen für **Säuglinge, Kinder und Jugendliche**, vor allem gegen die **Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Kinderlähmung, Tetanus** und einige mehr. Seit ihrer Einführung wird auch die Impfung gegen **Gebärmutterhals-Krebs** (genauer: gegen wichtige Varianten der humanen **Papillomaviren** (HPV), den häufigen Erreger dieser Krankheit) für Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren von GKV bezahlt. Die Kassen übernehmen meist auch die **Auffrischimpfungen im Erwachsenenalter**. Da es sich um eine **Vorsorgeleistung** handelt, darf der Arzt **keine** Praxisgebühr nehmen, wenn Sie **nur** zum Impfen zu ihm gehen. Weitere Schutzimpfungen gehören allerdings **nicht** in jedem Fall zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, in manchen Fällen müssen auch die **Arbeitgeber** dafür aufkommen. Das gilt zum Beispiel für Forstarbeiter, die auf Kosten des Unternehmens eine **Zecken-Schutzimpfung** erhalten. Welche Schutzimpfungen die GKV bezahlen muss, legt immer der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Grundlage dafür sind die Empfehlungen der **Ständigen Impfkommission** (StIKO) beim Robert Koch-Institut. Impfungen für **Reisen**, welche ein Versicherter aus beruflichen Gründen machen muss, werden von der GKV bezahlt, sofern hier ein **erhöhtes Infektionsrisiko** im Zielland anerkannt ist. Wer aber für den **Urlaub** eine besondere Impfung braucht, hat bei manchen Kassen Pech. **Reiseschutz-Impfungen** sind **keine** Pflichtleistungen. Die Kosten können jedoch freiwillig übernommen werden. Ähnlich verhält es sich bei anderen Maßnahmen, etwa bei der **Malaria-Prophylaxe** mit Medikamenten.

Krankengeld:

Einer der ältesten Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung lautet, dass jedes Mitglied im Krankheitsfall nicht nur medizinisch versorgt wird, sondern auch wenigstens teilweise Ersatz für fehlende Einkünfte erhält. In der Regel muss der Arbeitgeber in den **ersten sechs Krankheitswochen** dem Arbeitnehmer weiter beziehungsweise Gehalt zahlen (kleinere Betriebe bekommen Zuschüsse von der GKV). Anschließend zahlt die Krankenkasse das Krankengeld: 70 Prozent des Bruttogehaltes, maximal aber 90 Prozent des Nettolohns. Wenn Sie dennoch befürchten, dass dies für Ihr Haushaltsbudget nicht reicht, sollten Sie eine Zusatz-Versicherung abschließen. Das Krankengeld wird über einen langen Zeitraum gezahlt, und zwar über **78 Wochen** in einem Zeitraum von drei Jahren. Dabei werden die sechs Wochen Lohnfortzahlung angerechnet. Danach müssen unter Umständen andere Zweige der Sozialversicherung eintreten. Der Gesetzgeber will so verhindern, dass aus dem Krankengeld eine Art Rente wird: Wenn Sie wieder gesund sind und danach innerhalb von drei Jahren noch einmal wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig werden, wird die Zeit angerechnet, in der Sie bereits Krankengeld bekommen haben. Und auch nach diesen drei Jahren können Sie Krankengeld wegen derselben Krankheit nur noch unter bestimmten Bedingungen bekommen (Näheres hierzu erfahren Sie zum Beispiel bei Ihrer Krankenkasse). **Lohnfortzahlungen** und **Krankengeld** gibt es während einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit oder eines Krankenhausaufenthalts. Sie müssen daher eine entsprechende Bescheinigung vorlegen. Die GKV zahlt das Krankengeld **nur an zahlende Mitglieder**. Mitversicherte Familienangehörige, Studenten und Rentner haben **keinen Anspruch**.

Künstliche Befruchtung:

Die Kasse übernimmt die Kosten für **drei** Versuche zu jeweils **50 Prozent** bei

Frauen im Alter von 25 bis 40 Jahren. Bei Männern bis 50 Jahre. Als bisher einziges Bundesland zahlt Sachsen hier unter bestimmten Bedingungen weitere, staatliche Zuschüsse.

Kuren:

„Kuren gibt's nicht mehr“, hört man oft – aber so stimmt das nicht. Heute heißt das, was Sie in Anspruch nehmen können: „ambulante und stationäre Vorsorgeleistung“, und es ist schwieriger, sie bewilligt zu bekommen. Zudem bleiben einige Kosten an Ihnen hängen. Die GKV achtet sehr darauf, ob ausreichende medizinische Gründe für eine solche Maßnahme vorliegen, ob sie helfen kann, einer drohenden Krankheit oder Chronifizierung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder wenigstens eine Verschlimmerung zu verhüten.

Zu den gängigen „Kurmaßnahmen“ zählen physikalische Therapien (zum Beispiel Krankengymnastik), Bäder und Massagen, Funktions- und Verhaltenstraining, Entspannungs- und Sporttherapie sowie spezielle Ernährungsprogramme, wie etwa bei der Reha. Eine „Kur“ müssen Sie selbst beantragen, dazu benötigen Sie eine ausführliche Begründung durch den behandelnden Vertragsarzt. In der Regel können Sie höchstens alle **vier Jahre** für **drei Wochen** eine solche Maßnahme in Anspruch nehmen. Bevor die Krankenkasse die Kostenübernahme bescheinigt, darf sie sogar Ihre Krankenakten einsehen oder gar Untersuchungen durch den Medizinischen Dienst veranlassen.

Lifestyle-Präparate:

Dazu zählen beispielsweise Arzneimittel gegen krankhafte Erektionsstörungen („Potenzmittel“ wie Viagra) oder Haarwuchsmittel. Sie gelten als Produkte, die überwiegend der Verbesserung des privaten Lebens dienen. Die Kosten hierfür werden **nicht** von der GKV erstattet.

Mutterschaftsgeld:

Für Frauen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten während der **Mutterschaftsfrist** von ihrer Krankenkasse Mutterschaftsgeld. Voraussetzung ist, dass die Frau bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis steht. Einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht für die letzten **sechs Wochen vor** der Entbindung und für die ersten **acht Wochen danach** (bei Mehrlings- und Früh-Geburten für die **ersten zwölf Wochen** nach der Entbindung). Gezahlt wird das auf den Tag berechnete Nettoarbeitsentgelt (Durchschnitt der letzten drei Monate), der maximale Tagessatz beträgt 13 Euro.

Palliativversorgung:

Während der Begriff „kurative Medizin“ Maßnahmen bezeichnet, die Heilung oder Besserung zum Ziel haben, wird die Linderung der Symptome sowie die Betreuung und Begleitung von Menschen mit **unheilbaren** Krankheiten „**Palliativmedizin**“ genannt. Gerade diese Menschen brauchen oft eine ganz besonders aufwändige Versorgung – und sie haben Anspruch darauf. Die Palliativversorgung muss vom Arzt verordnet werden, dabei muss es sich hier aber keineswegs nur um eine rein medizinische Maßnahme handeln. Schmerztherapie und auch Sterbebegleitung gehören ebenfalls dazu. Es geht vor allem darum, dass Menschen mit schweren, fortgeschrittenen Krankheiten und begrenzter Lebenserwartung in ihrer vertrauten oder familiären Umgebung, in Pflegeheimen, aber auch in dafür spezialisierten Einrichtungen wie in einem Hospiz, gepflegt und betreut werden können.

Ambulante, fachlich qualifizierte Hilfsdienste werden hier durch Zuschüsse zu den

Personalkosten besonders gefördert, und auch die ehrenamtlichen Helfer sollen unterstützt werden. In **stationären** Einrichtungen trägt die GKV **90 Prozent** der Kosten für die Palliativversorgung.

Plastische Chirurgie:

„Regelwidrigkeiten körperlicher oder seelischer Art“, so nennen Juristen bestimmte Abweichungen von einem „normalen Körperzustand“ (auch „Geisteszustand“). Bei der Frage, ob korrigierende Operationen von der GKV bezahlt werden, ist zunächst zu beachten, dass Menschen ohnehin sehr verschieden sind. Also muss hier erst festgestellt werden, ob die Körperfunktion **deutlich beeinträchtigt** oder eine Abweichung erheblich entstellend ist. Wo aber verläuft die Grenze? Denn auch hier müssen viele Einzelfälle von den Sozialgerichten entschieden werden.

Eine „Hasenscharte“ gehört beispielsweise dazu, die Operationen werden bezahlt, die Korrektur einer „zu“ großen oder „zu“ kleinen weiblichen Brust allerdings nicht.

Psychotherapie:

Seit 1999 erstatten die gesetzlichen Krankenkassen Kosten für bestimmte Formen der Psychotherapie. Sie können eine psychotherapeutische Praxis **direkt** mit Ihrer Versicherungskarte aufsuchen. Das ist erstens bei Vertragsärzten möglich, welche zusätzlich eine psychotherapeutische Ausbildung haben (auch Psychiater müssen diese nachweisen, wenn sie Psychotherapie ausüben wollen). Zweitens können Sie inzwischen auch direkt einen „psychologischen Psychotherapeuten“ mit einer anerkannten psychotherapeutischen Ausbildung wählen. Aber: Es gibt dazu eine verwirrende Vielfalt von allem möglichen, zum Teil auch unseriösen Angeboten. Auf Kosten der GKV können Sie nur anerkannte Behandlungsmethoden in Anspruch nehmen, das sind derzeit drei: analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapien. Dies ist nur in Einzel- oder Gruppentherapie möglich. Verfahren, die durchaus sinnvoll sein können, wie die Paar- oder Familientherapie, gehören jedoch **nicht** dazu, weil nach Auffassung des Gesetzgebers dabei soziale und nicht gesundheitliche Probleme im Vordergrund stehen. Grundsätzlich muss eine Therapie **vor** Beginn bei der Kasse beantragt werden. Ein Gutachter prüft, ob die Behandlung erforderlich ist und genehmigt sie dann oder nicht. In der Regel erledigt der Psychotherapeut diese Formalitäten für Sie.

Schwangerschaftsabbruch:

Ein **nicht rechtswidriger** Schwangerschaftsabbruch in einer dafür **zugelassenen** Einrichtung wird einschließlich der vorherigen Beratung von der GKV bezahlt.

Zahnmedizin:

Wie beim Arztbesuch übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für eine Zahnbehandlung und Zahnerhaltung nach **derzeitiger** Grundregel: „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“. Die Beträge, die der Zahnarzt für seine Leistungen abrechnen darf, werden von den einzelnen Kassen festgelegt. Kompliziert sind die Regelungen beim Zahnersatz. Sie können hier nur in Kürze dargestellt werden: Wenn Sie zum Beispiel eine Krone oder Brücke, eine Teil – oder Vollprothese benötigen, sollten Sie den finanziellen Aspekt zuvor ausführlich mit Ihrem Zahnarzt und Ihrer Krankenkasse besprechen. Informationen hierzu finden Sie im Internet unter: www.kzbv.de/m226htm. Vor jeder zahnärztlichen Maßnahme, die für Sie als Patienten Kosten verursacht, müssen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen „Heil- und Kostenplan“ einreichen, um den GKV-Anteil auch wirklich zu bekommen.

Ihr Zahnarzt muss dieses Dokument **kostenlos** erstellen und darf erst nach der Kostenübernahmeerklärung der Kasse mit der Behandlung beginnen. Sie haben auch das Recht, Vergleichsangebote von mehreren Zahnärzten einzuholen. Selbst wenn wohl kaum ein Normalbürger die Angaben im Behandlungsplan und auch die Notwendigkeit der einzelnen Maßnahmen versteht: Heben Sie eine Kopie dieses Dokuments auf, falls es später zu Auseinandersetzungen kommt.

Zuzahlung: Der Eigenanteil für Zahnersatz – im Wesentlichen für das Material – kann in manchen Fällen tausende Euro betragen. Es ist sicherlich nicht verkehrt, frühzeitig Geld auf die „hohe Kante“ zu legen, je nach dem individuellen Zustand Ihres Gebisses und nach Lebensalter. Allgemein ausgedrückt bekommen Sie von der GKV einen „befundorientierten Festzuschuss“. Er macht die Hälfte der Summe aus, die für die „**Regelversorgung**“ bei einem bestimmten Befund festgelegt wurde. Diese ist für GKV-Patienten gleich hoch. Regelversorgung bedeutet vor allem, dass **nur** die Kosten für die medizinisch notwendige Zahnersatzart, also die **einfachste** Lösung, erstattet werden. Wenn Sie zum Beispiel statt einer Prothese Implantate wünschen oder eine in Zahnfarbe verblendete Krone, erhalten Sie hier lediglich **50 Prozent** der Kosten erstattet, die mit der einfacheren Variante verbunden sind.

Weitere Zuzahlungsregelungen: Wenn Sie nachweisen, dass Sie seit fünf Jahren **einmal jährlich** zur Kontrolle beim Zahnarzt waren, werden **60 Prozent**, nach 10 Jahren Vorsorge **65 Prozent** der Kosten für die Regelversorgung von der GKV übernommen. Diese Kontrolluntersuchungen werden in ein Bonus-Heft eingetragen, das Sie immer ausfüllen lassen und aufbewahren sollten. In seltenen, medizinisch zwingend notwendigen **Ausnahmefällen** können Sie eine höhere als die Regel-Leistung erhalten, zum Beispiel bei angeborenen Fehlfunktionen im Mund oder am Kiefer. Ferner gibt es Härtefall-Regelungen für Menschen mit besonders niedrigem Einkommen, für sie wird der Festzuschuss **komplett** übernommen und bezahlt.

Bedenken Sie aber bei Ihrer Entscheidung folgendes: Zum einen ist hier ein gutes **Vertrauensverhältnis** zum eigenen Zahnarzt wichtig, zum anderen liegen die Kosten-Differenzen fast immer bei den Material und Laborkosten. Ausländische Labors sind oft preiswerter und müssen trotzdem nicht automatisch schlechter sein. Es kann sich lohnen, Ihren Zahnarzt zu fragen, ob er vielleicht mit ausländischen Anbietern kooperiert und ob er seinen ursprünglichen Kostenplan gegebenenfalls noch einmal überarbeiten kann.

Anmerkung des Bearbeiters: Die vorstehenden Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sollen lediglich als flankierende Anregung und Hilfestellung verstanden werden.

Bearbeitung: Wilhelm Lorenzen, Ratingen, Stand: 01. Februar 2017

