

Tips für chronisch Kranke

Freitag, 26. April 2013

Es gibt eine grosse Verwirrung im Zuge der Gesundheitsreform, welche Rechte chronisch Kranke noch haben. Unstrittig ist, dass in Bezug auf den bisherigen Stand mit dem Inkrafttreten des "Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GMG) zum 1.1.2004 sich die Situation für gesetzlich Krankenversicherte und vor allem chronisch kranke Patienten massiv verschlechtert hat. Dennoch ist es wichtig, die verbliebenen Rechte und Möglichkeiten genau zu kennen, da selbst diese oft noch vorenhalten werden...

Grundsätzlich muss jeder Versicherte von der weiteren Zuzahlung befreit werden, wenn er 2% seines Bruttoeinkommens im Jahr für Zuzahlungen aufgewendet hatte. Bei Chronisch Kranken ist dieser Grenzwert auf 1% des Brutto-Jahreseinkommens reduziert. Viele Krankenkassen sind damit einverstanden, dass Patienten, die bereits im Vorjahr eine Befreiung erhalten konnten, die entsprechende Summe gleich am Jahresanfang an die Krankenkasse entrichten und dann ab sofort wieder bis Jahresende die Befreiung erhalten. Dazu ist wiederum eine erneute Ärztliche Bescheinigung auf einem Formular der Krankenkasse notwendig (das bekommen Sie bei Ihrer Krankenkassengeschäftsstelle), welches wir Ihnen dann ausfüllen. Damit fallen dann Praxisgebühr und Zuzahlung bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenfahrten und Krankenhausaufenthalten weg. Achtung! Nicht erstattungsfähige Arzneimittel, und das sind alle, die nicht rezeptpflichtig sind mit wenigen Ausnahmen, müssen nach wie vor aus eigener Tasche bezahlt werden! Auch Sehhilfen und die Eigenkosten beim Zahnersatz bleiben nach wie vor das "Privatvergnügen". Wenn bei Physiotherapie oder Ergotherapie oder Logopädie die für den "Regelfall" vorgesehene Höchstmenge an Behandlungen stattgefunden hat, gilt eine Wartezeit von 12 Wochen bis zur nächsten Behandlung. Behandlungen außerhalb des Regelfalls sind nur zulässig bei schweren Erkrankungen und ansonsten drohenden bleibenden Schäden. Sie müssen von der Krankenkasse genehmigt werden, worauf allerdings einige Krankenkassen verzichten. Bei Behandlungen, die bereits über 1 Jahr gehen und von einer Dauertherapie auszugehen ist, muss ein Antrag auf Jahresbedarf gestellt werden. Nach Akupunktur auf Kosten der Krankenkasse gilt eine Wartezeit von 12 Monaten bis zu einem erneuten Anspruch auf diese Therapieform. Bisher sind nur Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und Kniegelenks-Arthrose bei allen Kassen für die Akupunktur zugelassen.

Einige Kassen bieten hier ein erweitertes Spektrum an, ebenso im Bereich Osteopathie oder Übernahme von naturheilkundlichen Rezepten.

Taxifahrten werden grundsätzlich nur erstattet, wenn eine Verordnung des Arztes und eine Genehmigung der Krankenkasse vorliegt!