



Merkblatt Krankenkasse

Liebe Patient*innen, Eltern und Angehörige,

Auf diesem Merkblatt haben wir einige Hinweise für den stationären Klinikaufenthalt sowie zu den **Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen** zusammengestellt.

Inhalt

- Stationäre Mitaufnahme
- Lohnausfallkosten
- Haushaltshilfe
- Fahrtkosten
- Kinderpflege-Krankengeld
- Zuzahlungen
- Heilmittelverordnung
- Hilfsmittel

1. Stationäre Mitaufnahme von Begleitpersonen

Werden Eltern während eines stationären Klinikaufenthalts mit aufgenommen?

Bei Kindern im Vorschulalter nehmen wir grundsätzlich ein Elternteil stationär mit auf. Das bedeutet, hier besteht eine sogenannte ‚medizinische Notwendigkeit‘ zur Mitaufnahme eines Angehörigen (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V). In diesem Fall entstehen Eltern / Angehörigen keine Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Für die Krankenkasse ist es dabei unerheblich, ob es sich um ein Elternteil oder einen nahestehenden Verwandten handelt. Die Entscheidung über die *medizinische Notwendigkeit* der Mitaufnahme eines Elternteils wird immer vor Ort im Aufnahmegespräch durch den behandelnden Arzt getroffen.

Wenn ein Kind das Schulalter bereits erreicht hat, wird im Einzelfall durch die *aufnehmenden Stations*ärztinnen* geprüft, ob die *medizinische Notwendigkeit* für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson gegeben ist. Dies kann immer nur vor Ort bei Aufnahme durch die Ärzt*innen und nicht bereits im Voraus entschieden werden.

Die Entscheidung erfolgt auch unabhängig von der Empfehlung einweisender Ärzt*innen. Seitens der Kostenträger werden neben der Entscheidung der Krankenhausärzt*innen nur ärztliche Bescheinigungen von niedergelassenen Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie über die medizinische Notwendigkeit der stationären Mitaufnahme von Begleitpersonen bei Schulkindern akzeptiert. In der Regel werden Eltern, deren Kinder bereits eingeschult sind, nicht mehr stationär mit aufgenommen.

Damit Eltern dennoch in der Nähe ihres Kindes sein können, bietet unsere Klinik Übernachtungsmöglichkeiten an. Info unter 08821-701-0 / -1183.

Auf unserer Homepage finden Sie ein Verzeichnis von Pensionen rund um die Klinik (www.rheuma-kinderklinik.de Stichwort: Übernachtung). Die hierfür entstehenden Kosten sind von den Angehörigen selbst zu tragen.

2. Lohnausfallkosten

Wer übernimmt die Lohnausfallkosten für die Zeit der stationären Behandlung, wenn berufstätige Angehörige mitaufgenommen sind?

Ist die Mitaufnahme während der Zeit des stationären Aufenthaltes des Kindes (im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V) medizinisch notwendig, dann können Sie je nach Satzungsregelung Ihrer Krankenkasse, Lohnausfallkosten beantragen. Die Erstattung der Lohnausfallkosten ist in den Leistungskatalogen der Krankenkassen unterschiedlich geregelt. Ob und in welcher Höhe die Lohnfortzahlung von der Krankenkasse erstattet wird, sollten Sie vor dem Krankenhausaufenthalt mit Ihrer Versicherung klären.

Sollte die Krankenkasse für Ihre Lohnausfallkosten aufkommen, müssen Sie auch mit den Arbeitgeber*innen klären, ob Sie für den Zeitraum des stationären Aufenthalts unbezahlten Urlaub nehmen können. In den meisten Fällen gewähren Arbeitgeber*innen unbezahlten



Urlaub. Allerdings gibt es keinen Rechtsanspruch der Arbeitnehmer*innen gegenüber den Arbeitgeber*innen. Arbeitgeber*innen können den unbezahlten Urlaub verweigern, wenn aufgrund von betrieblichen Gegebenheiten (z. B. Personalmangel / Krankheit) nicht auf Ihre Arbeitskraft verzichtet werden kann. Es ist also eine ‚Kann-Regelung‘.

- Wenn Ihr Kind das Schulalter bereits erreicht hat, kann die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson nur in wenigen Ausnahmefällen genehmigt werden. Die Entscheidung hierüber treffen vor Ort die jeweils zuständigen Oberärzt*innen.

Achtung: Sollten Angehörige nicht als medizinisch-notwendige Begleitperson mit aufgenommen sein, dann haben Sie in der Regel auch keine Möglichkeit auf Erstattung der Lohnausfallkosten durch die Krankenkasse.

- In diesem Fall müssen Sie mit Ihren Arbeitgeber*innen klären, ob Sie unbezahlten Urlaub bekommen, ob Sie Überstunden ‚abfeiern‘ oder ob Sie Ihren Jahresurlaub nehmen können. Nur wenn Sie Ihren Jahresurlaub oder Ihre Überstunden nehmen, entsteht Ihnen kein Verdienstaussfall.

3. Haushaltshilfe

Wer versorgt die Familie, wenn der haushaltsführende Elternteil stationär mit aufgenommen ist? Betreuung weiterer Kinder im Haushalt – gem. § 38 SGB V

Befinden sich im Haushalt weitere Kinder unter 12 Jahren (oder behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder), während Sie als haushaltsführender Elternteil stationär mit einem Kind aufgenommen sind, dann können Sie bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragen. Nach Absprache mit der Krankenkasse kann diese Aufgabe eine Person aus der Familie, dem Freundes- oder Nachbarschaftskreis übernehmen. Für Verwandte/Verschwägerter ersten und zweiten Grades werden keine Kosten erstattet. Die Krankenkasse kann jedoch Fahrtkosten und den Verdienstaussfall erstatten, wenn dies in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Haushaltshilfe entstehenden Kosten steht.

Die Hilfe wird in der Regel nur vorübergehend gewährt. Der Höchstbetrag der Kosten für eine Haushaltshilfe, der von der Krankenkasse übernommen wird, liegt bei 10,25 € pro Stunde und maximal 82,00 € pro Tag bei einer Betreuung innerhalb des Versichertenhaushalts. Bei einer Betreuung außerhalb der Familie ist der Erstattungsbetrag i.d.R. geringer. Es muss eine Eigenbeteiligung von 10 % pro Kalendertag (mindestens 5 €, höchstens 10 €) übernommen werden. **Bitte beachten Sie, dass die jeweiligen Erstattungsbeträge je nach Krankenkasse variieren können.**

Es ist auch möglich nach Absprache mit Arbeitgeber*innen für diesen Zeitraum unbezahlten Urlaub zu beantragen. In diesem Fall ist zu klären, in welcher Höhe die Erstattung der Lohnausfallkosten durch die Krankenkasse, abzüglich der Eigenbeteiligung für die Haushaltshilfe, erfolgt. Sie sollten auch hier möglichst frühzeitig mit Ihrer Krankenkasse die individuelle Kostenübernahme klären.

4. Fahrtkosten

Fahrtkosten zum stationären Klinikaufenthalt gem. § 60 SGB V

Die Krankenkasse ist verpflichtet die Fahrtkosten zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlungsmöglichkeit zu übernehmen. Dabei wird die An- sowie die Abreise mit einer Eigenbeteiligung (10 % der Kosten; min. 5€, max. 10€ pro An- und Abreise) erstattet. Wenn es wenige Kilometer von Ihrem Wohnort entfernt eine geeignete Behandlungsmöglichkeit gibt, kann die Krankenkasse höhere Fahrtkosten auch ablehnen. D.h. neben unserer Klinik gibt es in Deutschland weitere kinderrheumatologische spezialisierte Stationen oder Kliniken. Die Krankenkasse wäre im Recht, wenn sie darauf verweist, dass es zu Ihrem Wohnort näher gelegene Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Krankenkasse muss jedoch die Fahrtkosten (abzüglich Ihres Eigenanteils) bis zur nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit übernehmen. In der Regel prüft die Krankenkasse mittels eines Formulars auch das erforderliche



Transportmittel (PKW oder öffentliches Verkehrsmittel) sowie die Notwendigkeit einer Begleitperson. Sollte dies der Fall sein, dann müssen Sie Ihre Angaben durch Arzt*innen bestätigen lassen.

Eine Differenz der Fahrtkosten zwischen unserer Klinik und Ihrem Heimatort können Sie steuerlich bei den außergewöhnlichen Belastungen (Krankheitskosten) geltend machen.

Fahrtkosten bei ambulanter Behandlung

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in der sogenannten Krankentransport-Richtlinie festgelegt hat.

Hierzu gehören Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem vorgegebenen Therapieschema, welches mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum verbunden ist. Dabei muss diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die versicherte Person in einer Weise beeinträchtigen, dass die Beförderung der betreffenden Person zur Vermeidung von Schaden an deren Leib und Leben unerlässlich ist. Die Voraussetzungen sind regelhaft bei Fahrten zur onkologischen Strahlen- und Chemotherapie sowie zur ambulanten Dialysebehandlung erfüllt.

Weiterhin werden die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung u.a. dann erstattet, wenn Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (Blindheit) oder "H" (Hilflosigkeit) besitzen oder eine Einstufung in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 nachweisen können. Bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 muss zugleich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die einen Bedarf an einer Beförderung zur Folge hat. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 01.01.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, welches zum 01.01.2019 in Kraft getreten ist, gelten Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen für diesen Personenkreis mit Ausstellung der **ärztlichen Verordnung** als genehmigt (sogenannte Genehmigungsfiktion). Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, dem privaten PKW, einem Mietwagen (i. S. des § 49 Personenbeförderungsgesetzes) oder Taxi (i. S. des § 47 Personenbeförderungsgesetz) durchgeführt werden. Ist für die Beförderung hingegen aus medizinischen Gründen ein Krankenwagen (KTW) erforderlich, ist weiterhin eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Versicherte, die kein Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ sowie keine Einstufung in den Pflegegrad 3 mit vorliegender dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, 4 oder 5 besitzen, jedoch vergleichbar in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen, haben ebenfalls einen Anspruch auf die Übernahme der Fahrtkosten. In diesen Ausnahmefällen ist ebenfalls eine vorherige Genehmigung der Krankenkassen erforderlich.

Versicherte haben 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Fahrt, jedoch nie mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als gesetzliche Zuzahlung selbst zu tragen. Bei Fahrtkosten müssen die Zuzahlungen auch für Kinder und Jugendliche geleistet werden. Bei Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen zahlen Versicherte für die erste und letzte Fahrt eine Zuzahlung. Dies gilt auch für Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen oder verzögern.

Praxistipp: Häufig gestellt Fragen – Gemeinsamer Bundesausschuss

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss: www.g-ba.de



Bitte beachten Sie: Auch hier handelt es sich wieder um eine Kann-Regelung! D.h. die Krankenkasse muss dies nicht finanzieren.

Praxistipp: Legen Sie sich ein Fahrtenbuch (Datum, Kilometer, Fahrtzweck/Arztbesuch-krankengymnastische Behandlung) an und geben Sie alle Ihre stationären und ambulanten Kilometer/Fahrtkosten am Jahresende bei Ihrem Lohnsteuerausgleich (außergewöhnliche Belastungen / Krankheitskosten) an.

Gibt es Fahrten, die nicht von der Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse betroffen sind?

Nicht genehmigungspflichtig sind diese Fahrten:

- Fahrt zum Krankenhaus für eine stationäre Behandlung
- Fahrt zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus (gemäß § 115a SGB V)
- Fahrt zu einer – stationären Behandlung ersetzenden – ambulanten Operation (gemäß § 115b SGB V), die sowohl im Krankenhaus als auch in der Vertragsarztpraxis durchgeführt werden kann
- Rettungsfahrten

5. Kinderpflege-Krankengeld gem. § 45 SGB V

Können berufstätige Eltern bei Erkrankung des Kindes zu Hause bleiben?

Jedem berufstätigen Elternteil stehen pro Jahr 10 Arbeitstage für die häusliche Betreuung, Beaufsichtigung und Pflege eines kranken Kindes (12. Lebensjahr noch nicht vollendet) zu. Für Alleinerziehende besteht ein Anspruch von 20 Kalendertagen pro Kind / Jahr. Bei mehreren Kindern sind dies höchstens 50 Arbeitstage für alle Kinder. Die Kinderärzt*innen stellen bei Erkrankung des Kindes ein ärztliches Zeugnis aus. Dies setzt voraus, dass keine andere Person mit im Haushalt lebt, die das Kind für diesen Zeitraum betreuen und pflegen kann. Die Lohnfortzahlung (in Höhe des Krankengeldes – i.d.R. 70 % des regelmäßigen Bruttoentgeltes / max. 90% des Nettoarbeitslohnes) übernimmt die Krankenkasse, des zu Hause bleibenden versicherten Elternteils. Zur Erstattung des Kinderpflege-Krankengeldes muss das erkrankte Kind gesetzlich versichert sein. Für die Zeit der häuslichen Betreuung haben Sie gegen Ihre Arbeitgeber*innen Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung (Einsatz von Urlaub od. Abbau von Überstunden) besteht.

Sie benötigen zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengeldes zwei Bescheinigungen. Die ärztliche Bescheinigung, dass aufgrund von Pflege, Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes die Arbeitsaufnahme bzw. Ihr Erscheinen am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Arbeitgeber*innen müssen Ihnen wiederum für die Krankenkasse Ihre unbezahlte Freistellung bescheinigen.

6. Zuzahlungen

Welche Zuzahlung müssen Versicherte ab dem 18. Geburtstag leisten?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen sich ab Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten bestimmter Leistungen beteiligen. Einige dieser Zuzahlungen finden Sie in der folgenden Liste:



Leistung	Zuzahlung § 61 SGB V
Arzneimittel Verbandmittel § 31 (3) SGB V	Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt 10% der Kosten (mindestens 5,-€, maximal 10,-€) . – in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- und Verbandmittels Diese Regeln gelten auch für Internet-Apotheken. // Die Krankenkassen verhandeln den Preis für einen Medikamentengrundstoff mit den Herstellern mit sogenannten Festpreisen. Liegt ein Pharmahersteller über diesem Preis, kommen die zusätzlichen Kosten für das Medikament zur Rezeptgebühr dazu. // Eine Liste zuzahlungsfreier Medikamente finden Sie unter: www.gkv.info
Heilmittel § 32 SGB V	10 % der Kosten plus 10,- € pro Verordnung
Fahrtkosten § 60 SGB V auch unter 18	<u>stationäre Behandlung</u> : 10% der Fahrtkosten, mindestens 5 €, maximal 10 € (nicht mehr als die Kosten der Fahrt) – jeweils pro Fahrt. <u>ambulante Behandlung</u> : Die Krankenkasse übernimmt ambulante Fahrtkosten nur noch in Ausnahmefällen (z.B. Dialyse- od. Strahlen-Behandlung), sowie bei einem GdB mit dem Merkzeichen a.G., H oder BI – siehe hierzu Punkt Fahrtkosten
Hilfsmittel § 33 SGB V	10 % des Verkaufspreises mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis aller anerkannten Hilfsmittel. Hilfsmittel, die nicht in dem offiziellen Verzeichnis gelistet sind können, müssen aber nicht von der Kasse finanziert werden. Kostenvoranschläge werden vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD) geprüft.
Krankenhaus- behandlung, §§ 39 Abs. 4 SGB V	Wer das 18. Lebensjahr vollendet hat, muss für Krankenhaus-behandlungen einen Betrag von 10,- € pro Kalendertag, jedoch für längstens 28 Tage im Jahr bezahlen. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB) werden angerechnet.
medizinische Rehabilitation § 40 Abs. 5, Abs. 7 SGB V	Ambulante oder. stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z.B. Mutter-Kind-Kuren) Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag
Eigenanteil: Kieferortho- pädische Behandlung § 28, 29 SGB V	Bei Kindern: 20 % der Kosten; bei weiteren Kindern gleichzeitig: 10 % der Kosten Der geleistete Eigenanteil wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet. Bei Erwachsenen: 20% der Kosten und nur so weit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll.

Welche Kosten entstehen bei Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche?

Kinder unter 18 Jahren sind von allen Arzneimittel-Zuzahlungen befreit.

Für Kinder unter 12 Jahren (sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) gilt außerdem, dass grundsätzlich alle Arzneimittel erstattungsfähig sind, also in der Regel auch nicht rezept- bzw. verschreibungspflichtige Medikamente von der Krankenkasse bezahlt werden.

Von dieser Regelung ausgenommen sind, d.h. nicht bezahlt werden:

- Bagatellarzneimittel' (Mittel gegen Erkältungskrankheiten, Schnupfen, Schleimlöser usw.)
- Arzneimittel mit geringem und therapeutisch umstrittenem Nutzen (unwirtschaftliche Arzneimittel § 34 Abs. 1 SGB V)

Ausgenommen hiervon sind Patient*innen mit schwerwiegenden Erkrankungen!

Patient*innen, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Naturheilmittel benötigen, können diese Medikamente auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern diese Arzneimittel nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Diese Medikamente dürfen von von Ärzt*innen mit medizinischer Begründung verordnet werden.



7. Zuzahlungsbefreiung

bei Erreichen der Belastungsgrenze - § 62 SGB V

Die festgelegte Belastungsgrenze verhindert, dass chronisch Kranke, Behinderte, Bezieher*innen von Sozialleistungen und Versicherte mit einem geringen Einkommen durch Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen in unzumutbarer Weise belastet werden. Derzeit liegt die Belastungsgrenze bei 2% des Jahres-Bruttoeinkommens. Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren sind – mit einigen Ausnahmen (z. B. Eigenbeteiligung Fahrtkosten) von Zuzahlungen befreit.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Wenn chronisch Kranke, wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, dann gilt eine Belastungsgrenze von 1% des Jahres-Brutto-Familieneinkommens. Das bedeutet, bei Überschreiten der 1%-Grenze greift die Befreiung von weiteren Zuzahlungen. Als Nachweis benötigen Versicherte von Ärzt*innen eine „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit“ (Muster 55; Chroniker-Richtlinie g-BA (§ 62 SGB V))

Voraussetzung - schwerwiegend chronisch krank ist:

Wer mindestens ein Jahr aufgrund derselben Erkrankung mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung (Dauerbehandlung) ist und mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt

- Einstufung ab Pflegegrad III
- Grad der Behinderung von mindestens 60% (begründet durch die schwerwiegende Behinderung)
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist notwendig, ohne die aufgrund der chronischen Erkrankung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist

Berechnung der Belastungsgrenze

Das Familieneinkommen setzt sich aus den jährlichen Bruttoeinnahmen, der versicherten Person und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Lebenspartner*innen) zusammen.

Die Belastungsgrenze betrifft immer die ganze mitversicherte Familie.

Beispiel:

- Jahres-Brutto-Familieneinkommen
- abzüglich Freibetrag für Ehepartner*innen
- abzüglich Freibetrag für Kinder
- ergibt das maßgebende Jahres-Brutto-Familieneinkommen

Hiervon werden entweder 2 % oder 1 % als jährliche Belastungsgrenze angesetzt.

Alle Zuzahlungen müssen bis zu dem individuell errechneten Grenzbetrag selbst geleistet werden. Dabei werden die Zuzahlungen der versicherten Person mit den Zuzahlungen der Angehörigen (aller im Haushalt lebenden versicherten Personen) zusammengerechnet. Ausgenommen sind die Zuzahlungen privatversicherter und beihilfeberechtigter Personen. Allerdings werden für das Familieneinkommen, unabhängig von der Versicherungsart, beide Einkommen mit angerechnet.

Eine Erstattung durch die Krankenkasse erfolgt erst nach Überschreiten der Belastungsgrenze. Sammeln Sie also während des gesamten Kalenderjahres alle Zuzahlungsbelege. Die Antragstellung zur Befreiung von der Zuzahlung erfolgt bei Ihrer



Krankenkasse. Diese erteilt Ihnen eine Bescheinigung, dass Sie für den Rest des Kalenderjahres von Zuzahlungen befreit sind.

Es ist auch möglich, die Belastungsgrenze von der Krankenkasse berechnen zu lassen und diese vorab zu zahlen. Dafür erhält man die Befreiung für den Rest des Kalenderjahres.

8. Heilmittelverordnung / Heilmittel § 32 SGB V

Die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss nennt Erkrankungen, bei denen eine Heilmittelbehandlung in Frage kommt und legt Therapieziele und Verordnungsmengen fest. So ist der Grund für eine Heilmittelverordnung nicht allein die Diagnose, vielmehr gehören dazu auch die Gesamtschau struktureller und funktioneller Schädigungen sowie das Vorhandensein möglicher Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Zu einem **Verordnungsfall** gehören alle Heilmittelbehandlungen aufgrund derselben Diagnose oder Diagnosegruppe entsprechend des Heilmittelkatalogs. Während eines Verordnungsfalls können mehrere Verordnungen ausgestellt werden. Es tritt erst dann ein neuer Verordnungsfall ein, wenn seit der letzten Verordnung mehr als sechs Monate vergangen sind und währenddessen keine Verordnungen mehr ausgestellt wurden.

Die Anzahl der Behandlungseinheiten, mit Hilfe derer das Therapieziel erreicht werden soll, wird durch die sogenannte **orientierende Behandlungsmenge** angegeben. Wird das Therapieziel nicht erreicht, können innerhalb des bestehenden Verordnungsfalls weitere Verordnungen ausgestellt werden. Die Höchstmenge der Behandlungseinheiten pro Verordnung ist durch den Heilmittelkatalog vorgegeben.

Bei einem langfristigen Heilmittelbedarf können notwendige Heilmittel pro Verordnung jeweils bis zu einem Zeitraum von zwölf Wochen ausgestellt werden.

Langfristiger Heilmittelbedarf – vgl. § 32 Absatz 1a SGB V

Für einen langfristigen Heilmittelbedarf ist eine ärztliche Begründung mit folgenden Angaben notwendig:

- Schwere und Langfristigkeit funktioneller oder struktureller Schädigungen
- Einschränkungen / Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten
- erforderlicher nachvollziehbarer Therapiebedarf

Gemäß den in der Anlage 2 Diagnoseliste (langfristiger Heilmittelbedarf § 32 Absatz 1a SGB V) benannten Diagnosen / Diagnosegruppen des Heilmittelkataloges ist von einem langfristigen Heilmittelbedarf auszugehen. In diesen Fällen ist ein Antrags- und Genehmigungsverfahren nicht notwendig.

Sollte die jeweilige Erkrankung nicht in der Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie genannt sein, dann ist dennoch eine Heilmittelverordnung mit einer entsprechenden Begründung über einen langfristigen Heilmittelbedarf, aufgrund dauerhafter funktioneller/ struktureller Schädigungen, möglich. Aus der Begründung muss hervorgehen, dass eine mit der Diagnoseliste vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung vorliegt und deshalb die Notwendigkeit einer fortlaufenden Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr besteht.

Ein langfristiger Heilmittelbedarf kann unbefristet bewilligt werden. Eine Genehmigung kann auch für ein paar Jahre erfolgen. Eine Befristung darf den Zeitraum von zwölf Monaten nicht unterschreiten.



Nähere Informationen unter:

- www.g-ba.de
- <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/>
- [Deutsche Rheuma-Liga Merkblatt 6.16 Heilmittelverordnung](#)

9. Hilfsmittel

Kostenübernahme von Hilfsmitteln durch die Krankenkasse (§ 33 SGB V)

Hilfsmittel sind technische Produkte oder Sachmittel, die den Behandlungserfolg einer Erkrankung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen, soweit diese Produkte nicht den allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zuzurechnen sind oder von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen sind. vgl. § 33 (1) SGB V

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag und nach Verordnung von Ärzt*innen. Hilfreich dabei ist z.B. eine fachärztliche Stellungnahme. Diese kann folgende Punkte enthalten: Beschreibung der Grunderkrankung, Hinweis auf vorhandene und fortschreitende Einschränkungen, Bekräftigung der medizinischen Notwendigkeit des Hilfsmittels. Ein Antrag auf Hilfsmittelversorgung muss immer im Voraus gestellt werden. Eine nachträgliche Erstattung bei einem schon gekauften Hilfsmittel ist nicht möglich. Beachten Sie, dass nur noch Vertragspartner*innen (Hilfsmittel-Lieferant*innen / Sanitätshäuser) der jeweiligen Krankenkasse als Leistungserbringer akzeptiert werden.

Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis aller anerkannten Hilfsmittel (GKV-Hilfsmittelverzeichnis). Verordnen Ärzt*innen ein Hilfsmittel, das in diesem Verzeichnis gelistet ist, müssen gesetzlich Krankenversicherte zudem eine Zuzahlung von 10 % des Verkaufspreises mindestens jedoch 5,-€ und maximal 10,-€ leisten. Beachten Sie bitte, dass grundsätzlich jede Entscheidung über die Kostenübernahme eines Hilfsmittels eine Einzelfallentscheidung der Krankenkasse ist. Die Krankenkasse kann die Kostenübernahme des beantragten Hilfsmittels ganz oder teilw. genehmigen oder auch ablehnen.

Sollte ein verordnetes Hilfsmittel abgelehnt werden, lohnt es sich in jedem Fall ein überzeugend-informatives Widerspruchsschreiben zu formulieren. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass alle Sachbearbeiter*innen über Kenntnisse des individuellen Hilfsmittelbedarfs verfügt. Sollte evtl. im Rahmen der Prüfung bzw. Entscheidung ein Gutachten (z.B. Medizinischer Dienst) erstellt worden sein, dann können Sie dieses Gutachten einsehen. Nehmen Sie Ihr Recht auf Akteneinsicht (§ 25 (5) SGB X) wahr und lassen Sie sich dieses Gutachten in Kopie zusenden.

Hilfsmittel, die nicht in dem offiziellen Verzeichnis gelistet sind, können, müssen aber nicht von der Kasse finanziert werden. Neben der ärztlichen Verordnung ist hier in jedem Fall eine ausführliche Begründung erforderlich.

Tipps zum Thema Steuern

Das jeweils aktuelle 'Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern' erhalten Sie unter www.bvkm.de

Kontakt Sozialdienst:

Frau Herbst 08821 / 7011182 herbst.katharina@rheuma-kinderklinik.de
Herr Rummel-Siebert 08821 / 7011180 rummel-siebert.martin@rheuma-kinderklinik.de

Der Inhalt des Merkblattes wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Der Sozialdienst kann deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Information übernehmen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.