



Inhalt

1. Stationäre Mitaufnahme von Begleitpersonen	1
2. Lohnausfallkosten	1
3. Haushaltshilfe.....	2
4. Fahrtkosten	2
5. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes gem. § 45 SGB V	4
6. Zuzahlungen.....	4
7. Zuzahlungsbefreiung	6
8. Heilmittelverordnung / Heilmittel § 32 SGB V	7
9. Hilfsmittel.....	8
10. Tipps zum Thema Steuern.....	9

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.

1. Stationäre Mitaufnahme von Begleitpersonen

Werden Eltern während eines stationären Klinikaufenthalts mit aufgenommen?

Bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren kann grundsätzlich eine Begleitperson medizinisch begründet (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V) stationär mit aufgenommen werden. Dabei entstehen für Eltern/Angehörige keine Unterkunfts-/ Verpflegungskosten.

Wenn ein Kind älter als 8 Jahre ist, kann nur in besonderen Einzelfällen eine Begleitperson mit aufgenommen werden. Die Entscheidung darüber, ob die medizinische Notwendigkeit für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson (weiterhin) gegeben ist, treffen die jeweiligen Oberärzt*innen i.d.R. erst vor Ort am Aufnahmetag. Dies erfolgt 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 Kindern ab 9 Jahren akzeptiert.

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 mit aufgenommen werden?

Ist die Mitaufnahme während der Zeit des stationären Aufenthaltes des Kindes (im Sinne des §11 Abs. 3 SGB V) medizinisch notwendig, dann trägt die Krankenkasse des stationär aufgenommenen Kindes den **Verdienstausschlag**. In welcher Höhe die Lohnfortzahlung von der Krankenkasse erstattet wird, sollten Sie vor dem **Krankenhausaufenthalt mit Ihrer Versicherung** klären.

Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung gemäß § 45 Abs. (3) + (5). Wenn Ihr Kind neun Jahre oder älter ist, kann die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson nur in wenigen Ausnahmefällen erfolgen. Die Entscheidung hierüber treffen vor Ort die jeweils zuständigen Oberärzt*innen.



Achtung:

Sollten Angehörige nicht als medizinisch-notwendige Begleitpersonen mit aufgenommen werden, dann besteht auch **kein Anspruch auf Lohnausfallkosten** gegenüber der Krankenkasse. In diesem Fall müssen Sie klären, ob Überstunden abgebaut, Jahres-Urlaub genommen werden kann oder ob Ihnen auf eine andere Art **kein Verdienstaussfall** entsteht.

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**. Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine **selbstbeschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe zu **erstaten**.

Nach Absprache mit der Krankenkasse kann diese Aufgabe eine Person aus der **Familie, dem Freundes- oder Nachbarschaftskreis** übernehmen. Für Verwandte/Verschwägerte 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, orientiert sich am Mindestlohn und liegt bei **12,41 € pro Stunde** und maximal **99,28 € pro Tag** bei einer selbstbeschafften Betreuung innerhalb des Versichertenhaushalts. Übernehmen Verwandte ersten oder zweiten Grades die häusliche Pflege, übernimmt die Krankenkasse den Verdienstaussfall in Höhe von 80 % des Nettolohns, höchstens jedoch 99,28 € pro Tag. 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

Formular der Krankenkasse

In den meisten Fällen reicht den Krankenkassen eine Bescheinigung der Klinik über die Aufenthaltsdauer aus, um die Fahrtkosten erstattet zu bekommen. **Einige Krankenkassen haben jedoch ein eigenes Formular und wollen, dass dieses ausgefüllt wird.** Sollte dies für Ihre Krankenkasse zutreffen, **senden Sie bitte das Formular mit dem Namen und den Aufenthaltsdaten Ihres Kindes direkt an das jeweilige Stationssekretariat Ihrer Station**, da dies i.d.R. ärztlicherseits unterschrieben werden muss. Das Formular wird dann weiter von den Ärzt*innen ausgefüllt (z.B. Angaben zu Begleitperson/Verkehrsmittel) und Ihnen nach Unterschrift wieder zugeschickt.

Fahrtkosten zum stationären Klinikaufenthalt gem. § 60 SGB V



Die Krankenkasse ist verpflichtet die Fahrtkosten **zur nächstgelegenen geeigneten stationären** Behandlungsmöglichkeit zu übernehmen. Dabei fällt eine **Eigenbeteiligung** (10 % der Kosten; min. 5€, max. 10€) an. 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 Kinder rheumatologische 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. Die Krankenkasse prüft 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 Ärzte 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 Fahrt

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

- Es liegt eine hochfrequente Behandlung vor wie
 - Dialysebehandlung, Strahlen- Chemo- oder eine Arzneimitteltherapie.
 - Außerdem gelten vergleichbare Behandlungen mit vorgegebenem Therapieschema, langem Behandlungszeitraum (6 Monate), hoher Behandlungsfrequenz (mind. 2 x wöchentlich) oder wenn die Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.
- Es liegt eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vor.
 - Schwerbehindertenausweis mit dem Kennzeichen aG / BI / H
 - Pflegegrad 3 / 4 / 5
 - **vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität**, welche über einen längeren Zeitraum (mind. 6 Monate) einer ambulanten Behandlung bedarf.
- Fahrten zu ambulanten Operationen, wenn eine stationäre Behandlung vermieden werden kann.

Besonderheit: Vor Antritt der Fahrt ist eine Genehmigung der Kasse notwendig.

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 haben **10 %** 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



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.

5. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes gem. § 45 SGB V

Können berufstätige Eltern bei Erkrankung des Kindes zu Hause bleiben?

Jedem berufstätigen Elternteil stehen für die häusliche Betreuung, Beaufsichtigung und Pflege eines kranken Kindes (**12. Lebensjahr noch nicht vollendet** oder behindert und auf Hilfe angewiesen) Arbeitstage zu.

- für jedes berufstätige Elternteil für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage
- für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage.
- für Versicherte für mit mehreren Kindern nicht mehr als 35 Arbeitstage,
- für alleinerziehende Versicherte mit mehreren Kindern nicht mehr als 70 Arbeitstage

Bei stationärer Mitaufnahme eines Elternteils als medizinisch notwendige Begleitperson erfolgt keine Anrechnung auf die gültige Regelung der Arbeitstage.

Gegenüber dem Arbeitgeber besteht ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung gemäß § 45 Abs. (3) + (5).

Es können im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes abweichende Regelungen gelten.

§ 45 Abs. (4) SGB V:

Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Die Kinderärzte/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 (i.d.R. **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) 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. Zudem meldet der Arbeitgeber*in die Höhe des **Nettoentgelts an die jeweilige Krankenkasse**.

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 Bl – siehe hierzu Punkt Fahrtkosten
Hilfsmittel § 33 SGB V	10 % des Verkaufspreises mindestens 5, - €, maximal 10, - €. Bei Verbrauchshilfsmitteln: 10% der Kosten der Packung, aber max. 10, - € pro Monat 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: höchstens 10, - € pro Kalendertag (Einkommensabhängig), max. für 42 Tage im Kalenderjahr und bei einer Anschlussrehabilitation längstens 14 Tage im Kalenderjahr
Eigenanteil: Kieferortho- pädische Behandlung § 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 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 sind bis zu einem Alter von 18 Jahren von Zuzahlungen befreit. Die einzige Zuzahlung die sie leisten müssen, ist eine **Eigenbeteiligung an Fahrkosten**.

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 (eingetragene Lebenspartner*innen, Ehegatten und Kinder) zusammen. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des



Versicherten um 15% und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10% der jährlichen Bezugsgröße nach zu vermindern

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 (Apothekenjournal). **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 Heilmittelmittelkatalogs. 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 **Gegenstände**, die im Einzelfall erforderlich sind, um durch ersetzende, unterstützende oder entlastende Wirkung den **Erfolg einer Krankenhausbehandlung zu sichern**, einer drohenden **Behinderung vorzubeugen** oder eine **Behinderung auszugleichen**.

Zu ihnen gehören beispielsweise:

- • Seh- und Hörhilfen (Brillen, Hörgeräte)
- • Körperersatzstücke (Prothesen)
- • orthopädische Hilfsmittel (Schuhe oder Rollstühle)
- • Inkontinenz- und Stoma-Artikel

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfolgt grundsätzlich nur nach **Verordnung von einem Arzt**. Eine fachärztliche Stellungnahme ist hierbei hilfreich und beinhaltet, die Beschreibung der Grunderkrankung, Hinweis auf vorhandene oder fortschreitende Einschränkungen und bestärkt die **medizinische 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.

Versicherte erhalten von ihrem Arzt eine Verordnung mit der entsprechenden **Diagnose**. Als nächstes wählt der Versicherte einen Leistungserbringer, der einen Vertrag mit der jeweiligen Krankenkasse hat. Abschließend erhält der Versicherte einen **Bescheid von der Fachabteilung**



über die Kostenübernahme des Hilfsmittels. Die Krankenkasse kann eine Kostenübernahme ganz oder teilweise genehmigen oder auch ablehnen.

Im Falle einer **Ablehnung** besteht die Möglichkeit, ein **Widerspruch** einzulegen. Durch ein Gutachten von dem medizinischen Dienst wird der Anspruch erneut geprüft. Dieses Gutachten ist auch für die Versicherteneinsehbar.

Die Krankenkassen führen ein **Verzeichnis aller anerkannten Hilfsmittel** (GKV-Hilfsmittelverzeichnis). Grundsätzlich zahlen Versicherte **10 %** des Verkaufspreises, mindestens **jedoch 5, - € und maximal 10, - €** Eigenanteil. Jedoch variieren die Zuzahlungen sowie die Festbeträge von Hilfsmittel zu Hilfsmittel.

Hilfsmittel, die nicht im GKV-Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, müssen nicht von der Krankenkasse finanziert werden. Neben der ärztlichen Verordnung ist hier in jedem Fall eine ausführliche Begründung erforderlich.

10. Tipps zum Thema Steuern

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

Kontakt Sozialdienst:

Frau Bennewitz 08821 / 701 1182 bennewitz.kirstin@rheuma-kinderklinik.de

Herr Rummel-Siebert 08821 / 701 1180 rummel-siebert.martin@rheuma-kinderklinik.de

Hinweis:

Der Inhalt des Merkblattes wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein oder etwaige Prozentsätze und Euro-Beträge sich geändert haben. 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.