

Die soziale Ecke

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)

Sind Sie gesetzlich krankenversichert und haben sich schon mal gefragt, welche Leistungen Ihnen bzw. Ihrem erkrankten Kind eigentlich zu stehen?

In dieser Ausgabe der Sozialen Ecke soll es um einige, wichtige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehen, die Familien mit einem rheumakranken Kind betreffen können.

Privatversicherte und **freiwillig gesetzlich Versicherte** müssen sich aufgrund der individuell vereinbarten Leistungen an ihre Krankenkasse wenden, denn auf sie treffen folgenden Leistungen nicht zu.

DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG



Seit 2015 beträgt der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung **14,6 %** des Bruttolohns. Die Krankenkassen können einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Eine Übersicht welche Krankenkasse welchen Zusatzbeitrages erhebt, finden Sie unter www.gkv-spitzenverband.de.

Praxistipp: Es ist empfehlenswert auf die Zusatz-Leistungen der einzelnen Kassen zu achten, die sich in Art und Umfang unterscheiden können!

Die Mitgliedschaft in der Krankenkasse kann jederzeit zum Ende des übernächsten Monats gekündigt werden. Wenn ein Versicherter die Krankenkasse wechselt, ist er 18 Monate an seine neue Krankenkasse gebunden (= **Bindungsfrist**). Bei der Erhebung und Erhöhung des Zusatzbeitrags einer Krankenkasse besteht ein Sonderkündigungsrecht. Dann ist eine Kündigung zum Ende des übernächsten Monats möglich.

Der gesetzlich verankerte Leistungskatalog der Krankenkassen beinhaltet zum einen sogenannte „muss“-Leistungen.

Wenn gewisse Voraussetzungen vorliegen, muss die Krankenkasse zahlen. Daneben gibt es aber auch einige sogenannte „kann“-Leistungen, bei der die Krankenkasse zahlen kann, aber nicht muss. Zudem hat jede Krankenkasse die Möglichkeit die gesetzlichen Leistungen zu erweitern (z.B. Altersgrenzen anzuheben). Diese entnehmen Sie der Satzung Ihrer Krankenkasse.

Praxistipp: Fragen Sie doch einfach mal bei Ihrer Krankenkasse nach bzw. vergleichen Sie mit den Leistungen anderer Kassen!

FAHRTKOSTEN (§ 60)

Kinder und Jugendliche mit Rheuma müssen regelmäßig zu verschiedenen Therapien und manchmal auch ins Krankenhaus. Die Krankenkasse zahlt die angefallenen Kosten sofern gewisse Bedingungen erfüllt sind.

Die Fahrtkosten werden erstatten u.a.:

- bei **stationärem Aufenthalt** (z.B. im Krankenhaus oder Kurklinik)
- bei **ambulanten Behandlungen**, wenn dadurch ein (teil-) stationärer Aufenthalt vermieden werden kann.

Das **Fahrzeug** richtet sich nach medizinischer Notwendigkeit. Nutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel (Bus und Bahn), wird Ihnen die Höhe des Fahrpreises erstattet.

Fahren Sie mit dem privaten PKW zahlt die Krankenkasse eine Pauschale pro gefahrenem Kilometer. Allerdings müssen Sie eine **Zuzahlung** zu den Fahrtkosten



leisten, die zwischen 5€ und 10€ liegt. Dies gilt auch für Fahrten von Kindern! Doch gerade wenn Sie weite Strecken zurücklegen müssen, lohnt sich die Beantragung der Fahrtkostenübernahme. Reichen Sie dazu die Bescheinigung über den stationären Aufenthalt bei Ihrer Krankenkasse ein.

Die Fahrtkosten werden für eine **Hin- und eine Rückfahrt** unter den angegebenen Bedingungen erstattet. Sonstige Besuchsfahrten und Übernachtungskosten für Eltern zählen nicht dazu und müssen von den Familien selbst getragen werden.

Dennoch lohnt es sich in begründeten Fällen auch einen Einzelfallantrag zu stellen. Es gibt zudem die Möglichkeit die entstandenen Kosten bei der Steuererklärung geltend zu machen.

Fahrtkosten zu **ambulanten Therapien** und Behandlungen werden in der Regel nicht übernommen.

Ausnahme: Fahrten zur ambulanten Behandlung **können** vom Arzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn

- *Schwerbehindertenausweis mit **BI** oder **aG** oder **H**,*
- *Pflegegrad 4 oder 5, bzw. PG 3 (mit ärztl. Bescheinigung)*
- *wenn eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität vorliegt.*

Wichtig ist, dass eine ärztliche Verordnung und eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse vorliegen!

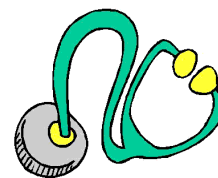
Beispiel für einen Antrag auf Fahrtkostenerstattung:

	Maria Mustermann Musterstraße 1 12345 Musterstadt
Anschrift Krankenkasse	Ort, Datum
Antrag zur Erstattung der Fahrtkosten	
Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit beantrage ich die Erstattung der Fahrtkosten für den stationären Aufenthalt meines Kindes (Name) vom (Datum der Aufnahme) bis zum (Datum der Entlassung) im Krankenhaus Musterhausen. Wir sind xx Kilometer hin und xx Kilometer zurück gefahren. Bitte überweisen Sie auf folgendes Konto: IBAN BIC	
Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung. Mit freundlichen Grüßen	
(Unterschrift)	

MITAUFNAHME EINER BEGLEITPERSON (§ 11)

Bei einem stationären Klinikaufenthalt übernimmt die Krankenkasse Kosten für die Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn dies medizinisch erforderlich ist.

Dies trifft vorwiegend für die Mitaufnahme von Müttern oder Vätern mit Kindern im Vorschulalter (bis 6 Jahre) zu.



Bei Kindern, die älter als 6 Jahre sind, kann eine Begleitperson nur aus zwingend medizinischen Gründen mit aufgenommen werden. Bitte sprechen Sie dafür mit dem behandelnden Arzt.

Die Begleitperson muss nicht mit dem Patienten verwandt sein, allein entscheidend ist die Notwendigkeit aus medizinischen Gründen. Der Begleitperson entstehen keine zusätzlichen Kosten!

ZUZÄHLUNGEN (§ 61) - AUSZUG

Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von den Zuzahlungen zur Praxisgebühr, zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zu ambulanten Rehabilitationskuren und zu stationären Krankenhausaufenthalten befreit.

Es müssen lediglich Zuzahlungen für die Fahrtkosten i.H.v. 10% (min. 5€, max. 10€) geleistet werden.

Für alle anderen gilt generell: Versicherte müssen Zuzahlungen leisten in Höhe von 10 %, mindestens jedoch 5€ und höchstens 10€. Allerdings sind nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Gebühren werden fällig bei Arzt- und Zahnarztbesuchen, Medikamenten, häuslicher Krankenpflege, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Krankenhausbehandlung, ambulanter und stationärer Rehabilitation. Bei **stationären Aufenthalten** in Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung müssen Erwachsene 10€ pro Tag begrenzt auf max. 28 Tage im Jahr gezahlt werden.

BELASTUNGSGRENZE (§ 62)

Die gesetzlichen Zuzahlungen brauchen Sie pro Kalenderjahr nur bis zu einer bestimmten Grenze zahlen. Diese Belastungsgrenze ist erreicht, wenn 2 % der jährlichen Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt der gesamten im Haushalt lebenden Familie für Zuzahlungen aufgewendet werden. Erreichen Sie diese Grenze, können Sie auf Antrag bei der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreit werden. Hierfür müssen Sie alle Bele-

ge und Quittungen sammeln und bei der Krankenkasse einreichen. Die Befreiung gilt für die gesamte im Haushalt lebende Familie! Für chronisch Kranke gilt die Belastungsgrenze von 1 %. Die Krankenkasse stellt jeweils fest, ob die Kriterien für eine chronische Erkrankung erfüllt sind.

Praxistipp: Ihre Krankenkasse hilft Ihnen bei der Berechnung der Belastungsgrenze!

KINDERPFLEGE - KRANKENGELD (§ 45 FF)

Ist Ihr Kind krank und Sie müssen es **zu Hause** versorgen und können als Berufstätiger nicht zur Arbeit gehen, haben Sie Anspruch auf Krankengeld unter folgenden Bedingungen:



- das erkrankte Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder
- das über 12jährige Kind ist behindert und auf Hilfe angewiesen
- keine andere im Haushalt lebende Person kann die Betreuung übernehmen (z.B. Ehepartner, Lebensgefährte, Großeltern...)

Jedem Elternteil stehen 10 freie Tage (Alleinerziehende 20 Tage) pro Jahr pro Kind zu, in denen das Krankengeld gezahlt wird. Bei mehreren Kindern erhöht sich die Zahl, jedoch höchstens auf 25 Tage (Alleinerziehende 50 Tage). Eltern haben dabei Anspruch auf unbezahlte Freistellung des Arbeitgebers. Die Krankenkasse übernimmt in dem Fall die Lohnersatzleistung. Allerdings gehen Ansprüche auf bezahlte Arbeitsfreistellungstage des Arbeitgebers der Gewährung des Krankengeldes vor. Ob der Arbeitgeber die Kosten übernimmt, steht im jeweiligen Tarif- oder Arbeitsvertrag.

Wenn Sie Ihr Kind ins Krankenhaus begleiten, also als Begleitperson aus zwingend medizinisch notwendigen Gründen **stationär** mit aufgenommen werden, kann die Krankenkasse auch den Verdienstausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen – analog zum Kinderpflege-Krankengeld.

HAUSHALTSHILFE (§38)



Mütter und Väter erhalten bei eigener Erkrankung oder durch die medizinisch notwendige Mitaufnahme beim Klinikaufenthalt des rheumakranken Kindes eine Haushaltshilfe von der Krankenkasse bzw. eine Kostenerstattung, wenn die Hilfe selbst besorgt wird.

Die Voraussetzungen dafür sind:

- im Haushalt lebt noch ein Kind (z.B. Geschwisterkind), das sonst unverorgt bleiben würde
- dieses Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder
- das über 12jährige Kind ist behindert und auf Hilfe angewiesen
- keine andere im Haushalt lebende Person kann die Betreuung übernehmen (z.B. durch Ehepartner, Lebensgefährte, Großeltern...)

Für Verwandte bis zum 2. Grad findet keine Kostenerstattung statt. Die Übernahme von Fahrt- und Lohnausfallkosten ist jedoch möglich.

Man muss eine Zuzahlung für die Haushaltshilfe pro Kalendertag leisten, mindestens 5€ maximal 10€.

Praxistipp: Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

DIE KUR - AUSZUG

Grundsätzlich haben alle Frauen und Männer in Familienverantwortung Anspruch auf medizinisch notwendige Vorsorgemaßnahmen. Die Maßnahmen gliedern sich in zwei Bereiche: **Vorsorge** (§ 24 SGB V) und **Rehabilitation** (§ 41 SGB V).

Vorsorgeleistungen: Diese sind notwendig, wenn ersichtlich ist, dass Risikofaktoren, wie chronische Überbelastung oder Gesundheitsstörungen vorliegen und dies voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen

werden und/oder die gesundheitliche Entwicklung des Kindes gefährden.

Rehabilitation: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind notwendig, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen oder diese bereits bestehen und zudem ein komplexer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Die Mutter-/Vater- Kind-Kur

Eine gemeinsame Kur von Kind und Elternteil nennt man Mutter-/Vater-Kind-Kur oder auch Vorsorgekur. Die Genesungs- und Rehamaßnahmen finden in einer stationären Einrichtung des Muttergenesungswerk oder gleichartigen Einrichtungen statt. Die Kur von Kind und Elternteil ist möglich, wenn

- Mutter/Vater und Kind rehabedürftig sind
- die Mutter/der Vater rehabedürftig ist und eine Trennung vom Kind unzumutbar wäre, oder
- das Kind wegen des Reha- Aufenthalts der Mutter/ des Vaters nicht betreut werden kann
- das Kind rehabedürftig ist und die Durchführung der Maßnahme ohne Begleitperson nicht möglich ist.

Die Kur dauert **3 Wochen**. Für die Zeit der stationären Vorsorgekur muss der Arbeitnehmer keinen Urlaub nehmen. Es fällt eine Zuzahlung von 10€ pro Tag (nur für Erwachsene) an.

Der **Antrag** wird gemeinsam vom Versicherten und dem behandelnden Arzt ausgefüllt und muss vor der Maßnahme bei der Krankenkasse eingereicht und bewilligt werden. Es ist empfehlenswert, dass der Arzt zum ausgefüllten Antrag eine Stellungnahme schreibt, in der die therapeutische Notwendigkeit und die Ziele der Vorsorgekur dargelegt werden. Zudem ist es ratsam, dass Sie als Patient einen persönlichen Bericht über ihrer Situation schreiben.

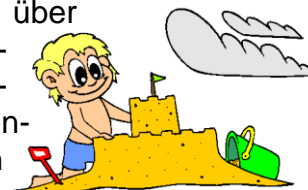
Zwischen zwei Vorsorgekuren für Mütter und Väter müssen i.d.R. **4 Jahre** liegen.

Praxistipp: Wenden Sie sich an die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände. Diese unterstützen bei der Antragstellung und auch

ggf. bei der Verfassung eines Widerspruchs. Auf der Internetseite www.muettergenesungswerk.de finden Sie eine Beratungsstelle in Ihrer Nähe.

Die Kinderheilbehandlung

Die Kinderheilbehandlung ist eine Kur für Kinder, die vom Rentenversicherungsträger beim Vorliegen bestimmter Indikationen und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen bezahlt wird. Sie ist also **keine Kassenleistung**. Wenn Sie sich über diese Art der Kur informieren möchten, wenden Sie sich an Ihre Rentenversicherung oder an das Familienbüro.



Hilfe bei Fragen zur gesetzl. Krankenversicherung, und weitere Informationen zur Beantragung einer Kur etc., gibt es im Familienbüro:
Telefon: 0 25 26-3 00-11 75
E-mail: familienbuero@kinderrheuma.com

*War unsere Beratung hilfreich? Dann helfen Sie uns, damit wir auch in Zukunft Beratungen zum Thema Sozialrecht und Integration in Kindergarten, Schule und Beruf anbieten können: **Werden Sie Mitglied im Bundesverband Kinderrheuma e.V.***

Weitere Infos und das Anmeldeformular finden Sie auf unserer Homepage www.kinderrheuma.com unter Über uns/ Mitgliedschaft.

Christine Göring/ Kathrin Wersing
aktualisiert im Januar 2018

Quellen:

- www.gkv.info
- www.gesetze-im-internet.de
- www.betanet.de
- www.zuzahlung.de

Der Inhalt dieser Informationsschrift wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Erstellung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Es wird daher keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernommen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.