



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Jörg Bracke



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

Kurz in eigener Sache...

Träger des Pflegestützpunktes

alle Kranken- und Pflegekassen

&

örtlicher Sozialhilfeträger



BETRIEBSKRANKENKASSE
(in Wiesbaden stellvertretend)

Vertreten durch: **Jörg Bracke**

Krankenkassenbetriebswirt und
Pflegeberater



Vertreten durch: **Petra Waßmann**

Dipl.-Sozialpädagogin



Pflegestützpunkt

Wiesbaden



Pflegestützpunkt
Wiesbaden

„Bündelung von Kompetenzen“

R+V
BETRIEBSKRANKENKASSE



- ✓ Pflegeberatung nach SGB XI
- ✓ fachspezifische Anfragen (Klienten u. Kooperationspartner) unter anderem zu SGB V, SGB XI und SGB X
- ✓ Bindeglied zu den Kassen
- ✓ Abstimmung der Leistungen nach SGB V und SGB XI

WIESBADEN



- ✓ Kenntnis der Angebote und Strukturen vor Ort
- ✓ Leistungen nach SGB XII (Altenhilfe, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe)



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

**Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter
Abgrenzung / Ergänzungen / Zusammenarbeit**

In Wiesbaden haben sich als ein sozialer Dienst der Landeshauptstadt für jeden Stadtteil Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter für Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahren etabliert.

Deren Aufgabe ist es, Wege und Möglichkeiten zur Erhaltung einer selbständigen Lebensführung im Alter aufzuzeigen. Die Beratungsstellen leisten umfassende Informationen und Beratung zu vielfältigen Themen, die das Leben älterer Menschen betreffen.

→ **Welche ergänzenden Schwerpunkte kann der Pflegestützpunkt hier setzen?**

- **Beratung und Unterstützung aus einer Hand** (Kranken-/Pflegekassen und Amt für Soziale Arbeit) !
- Ergänzend zu den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter besonders für den Personenkreis der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und / oder Behinderung **unter 60 Jahren**
- **Fragestellung speziell zu Fragen des Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungrechts**
- Beratung und Hilfe im **Verwaltungsverfahrenrecht** (Anhörung, Ablehnung, Widerspruchsverfahren)



§ 2 SGB V: Leistungen

- (1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

→ Leistungen müssen ausreichend und zweckmäßig sein; keine „Luxusbehandlungen“

- (1a) Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Krankenkasse erteilt für Leistungen nach Satz 1 vor Beginn der Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung, wenn Versicherte oder behandelnde Leistungserbringer dies beantragen. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung nach Satz 1 festgestellt.

→ Unter bestimmten Voraussetzungen können die Kassen auch im Rahmen von Einzelfall-Entscheidungen auch Behandlungen außerhalb der Schulmedizin bewilligen



- (2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden; § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches finden Anwendung. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

→ Hintergrund: Qualitätssicherung & Kostentransparenz; Inanspruchnahme über Gesundheitskarte
- (3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

→ Unter Umständen „besondere“ Behandlungsformen möglich bspw. minimal-invasive OP
- (4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

→ Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V



§ 11 SGB V Leistungsarten

- (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen
 1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),
 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
 3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
 5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.
- (2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.



- (4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.
- (5) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.



- (6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Absatz 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

→ Mehrleistungen



§ 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- (2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.
- (3) Hat die Krankenkasse Leistungen ohne Rechtsgrundlage oder entgegen geltendem Recht erbracht und hat ein Vorstandsmitglied hiervon gewusst oder hätte es hiervon wissen müssen, hat die zuständige Aufsichtsbehörde nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.



§ 13 SGB V Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können **anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung** wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine **Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich**. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. **Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen**. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen **Rabatte** nach § 130a Absatz 8 sowie die **Mehrkosten** im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.



- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

→ **Beispiel: Fahrradunfall; Erstversorgung in privatärztlicher Praxis in unmittelbarer Nähe**

- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.



- (4) Versicherte sind berechtigt, auch **Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung** im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. **Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.** Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. **Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.**



§ 19 SGB V Erlöschen des Leistungsanspruchs

- (1) Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (2) Endet die Mitgliedschaft **Versicherungspflichtiger**, besteht Anspruch auf Leistungen längstens **für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft**, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach § 10 (=Familienversicherung) hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.

→ Familienversicherung vorrangig vor nachgehendem Leistungsanspruch!
- (3) Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 (familien-)versicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



§ 23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind, um
 - 1.eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - 2.einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
 - 3.Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 - 4.Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- (2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 13 € täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 21 € erhöht werden. [...]
- (4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

- (5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Leistungen nach Absatz 4 sollen **für längstens drei Wochen** erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können **nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren** nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen **erbracht** werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, **es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich**.
- (6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung (**Zuzahlung 10€ tgl.**). Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.
- (7) Medizinisch notwendige stationäre Vorsorgemaßnahmen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sollen in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht werden.



Pflegestützpunkt § 25 SGB V Gesundheitsuntersuchungen

Wiesbaden

- (1) Versicherte, die das **fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet** haben, haben **jedes zweite Jahr** Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

→ Check-Up-Untersuchungen

- (2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.
- (3) Voraussetzung für die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 ist, dass
 1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
 2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
 3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
 4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Näheres über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 3. Ferner bestimmt er für Untersuchungen nach Absatz 2 die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen.



- Versicherte haben Anspruch auf **Krankenbehandlung**, wenn sie **notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern**. Die Krankenbehandlung umfasst
 1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherap. Behandlung,
 2. zahnärztliche Behandlung,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
 4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
 5. Krankenhausbehandlung,
 6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen
- Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Zur Krankenbehandlung gehören auch Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, wenn diese Fähigkeit nicht vorhanden war oder durch Krankheit oder wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation verlorengegangen war.



Pflegestützpunkt § 28 SGB V ärztl. und zahnärztl. Behandlung

Wiesbaden

- (1) Die **ärztliche Behandlung** umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten **nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig** ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.
- (2) Die **zahnärztliche Behandlung** umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. **Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.** In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen (**Heil- und Kostenplan**). Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. **Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.** Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.



Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor.

- (3) Die **psychotherapeutische Behandlung** einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte durchgeführt. Spätestens nach den **fünf probatorischen Sitzungen** hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.

§ 29 SGB V Kieferorthopädische Behandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen **Eigenanteil** in Höhe von 20 % der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 %. → Zuzahlungen werden nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung zurück erstattet.



Pflegestützpunkt § 31 SGB V Arznei- und Verbandmittel

Wiesbaden

- (1) Versicherte haben **Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln**, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien ausgeschlossen sind, und auf **Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen**. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Richtlinien festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund von Richtlinien von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die ein Rahmenvertrag Geltung hat, frei wählen.
- (2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein **Festbetrag** nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, **trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages**, für **andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung** und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. **Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung (Rabattverträge) abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge**. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.



- (3) Versicherte, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben, leisten **an die abgebende Stelle** zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten **Arznei- und Verbandmittel** eine entsprechende **Zuzahlung**, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 % niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend. → Liste abrufbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/zuzahlungen_und_befreiungen/befreiungsliste_arzneimittel/befreiungsliste_arzneimittel.jsp
- (4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.



§ 32 SGB V Heilmittel

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.
- (1a) Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf haben die Möglichkeit, sich auf Antrag die erforderlichen Heilmittel von der Krankenkasse für einen geeigneten Zeitraum genehmigen zu lassen. Das Nähere, insbesondere zu den Genehmigungsvoraussetzungen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Über die Anträge ist innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.
- (2) Versicherte, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als **Zuzahlung** den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden.



- (1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit **Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln**, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (→ Beispiel: harte Matratze bei Rückenbeschwerden) anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die **Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln**, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Der Anspruch umfasst auch die **notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch** und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen **Wartungen und technischen Kontrollen**. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die **Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen**.



- (2) Versicherte haben **bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen** entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der WHO empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt in Richtlinien, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. **Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.**
- (3) Anspruch auf Versorgung mit **Kontaktlinsen** besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 **nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen**. Der G-BA bestimmt in Richtlinien, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. **Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.**
- (4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.



- (5) Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen **Hilfsmittel auch leihweise überlassen**. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.
- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die **Vertragspartner** ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt die **jeweils vertraglich vereinbarten Preise**.
- (8) Versicherte, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als **Zuzahlung** den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 % des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 € für den gesamten Monatsbedarf.



§ 34 SGB V Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

→ Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung ausgeschlossen:

- 1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
 - 2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
 - 3. Abführmittel,
 - 4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.
-
- Von der Versorgung außerdem ausgeschlossen: Mittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Hier insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.



- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder sonst an einem geeigneten Ort (in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen) neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege (HKP) durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.
→ „Krankenhausvermeidungspflege“
 - Die HKP umfasst hier auch die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.
 - Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die HKP für einen längeren Zeitraum nach MDK-Vorlage bewilligen.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, oder an den in Abs. 1 genannten Orten HKP, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.
→ „Sicherungspflege“
 - Dieser Anspruch besteht über die zuvor genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

Die Satzung der Krankenkasse kann bestimmen, dass zusätzlich zur Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden kann. → **Satzungsmehrleistungen** Die Satzungsbestimmungen regeln dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. **Diese Mehrleistungen sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht mehr zulässig.**

- (3) Der Anspruch auf HKP besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege (in der Regel durch Rahmenverträge mit ambulanten Pflegediensten) stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
→ **10 € Verordnungsblattgebühr, für 28 Leistungstage 10% des Rechnungsbetrags**

→ Für die HKP ist eine Verordnung (Muster 12) vom Haus- oder Facharzt auszustellen (ggf. auch vom Krankenhaus). Diese ist auf der Rückseite sowohl vom Versicherten (=Leistungsantrag und Bestätigung, dass keine weitere im Haushalt lebende Person in Frage kommt oder vorhanden ist) und dem amb. Pflegedienst zu unterschreiben und der Kasse zur Genehmigung vorzulegen.



- (1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.
- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere
 1. die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
 2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
 3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
 4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
 5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.
- (3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse



- Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden / weit fortgeschrittenen Erkrankung bei zugleich begrenzter Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen
- Verordnung durch Vertragsarzt oder Krankenhausarzt erforderlich
- Beinhaltet ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich der Koordination, insbesondere Schmerztherapie und Symptomkontrolle mit dem Ziel, die Betreuung der Versicherten in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen
- Versicherte in stationären Hospizen haben Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, sofern nicht andere Träger zur Leistung verpflichtet sind
- In Richtlinien des G-BA ist geregelt:
 1. Anforderungen an die Erkrankungen sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
 2. Inhalt und Umfang der SAPV einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen
 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.



- **Grundsätzlich:** Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer der folgenden Leistungen die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist:
 - medizinische Vorsorgeleistung
 - Mutter-(Vater-)Kind-Kur
 - Häusliche Krankenpflege
 - stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme
 - stationäre medizinische Mütter-/Väter-Rehabilitationsmaßnahme**→ Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.**
- Durch Satzungsregelungen bestimmen die Krankenkassen in anderen als zuvor genannten Fällen die weitere Erbringung von Haushaltshilfe, wenn Versicherten **wegen Krankheit** die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von den Grundsatzregelungen abweichen und den Umfang und die Dauer der Leistung bestimmen.
- **Anspruch nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.**
- Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen (Verträge mit ambulanten Diensten), ist eine **angemessene Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe** vorgesehen. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; hier nur Erstattungsmöglichkeiten für erforderliche Fahrkosten und ggf. Verdienstausschlag, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.
- Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als **Zuzahlung** je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.



- - Krankenhausbehandlung (KHB) wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.
- - Anspruch auf vollstat. Behandlung besteht in zugelassenen Krankenhäusern, wenn die **Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich HKP erreicht werden kann.**
- - Die KHB umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses **alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung**; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die ggf. erforderlichen frühestmöglichen Leistungen zur Frührehabilitation.
- - Die KHB umfasst auch ein **Entlassmanagement** zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der KHB.
- Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.
- Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären KHB an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage je Kalendertag 10 € an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind auf die KHB-Zuzahlung anzurechnen.



- Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sofern eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.
- Die **Krankenkasse** trägt die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI zu **90 %**, bei Kinderhospizen zu 95 %.

→ Rest ist durch Hospizeinrichtung zu finanzieren (Spenden)

- Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.



§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- Reicht eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, sofern nicht andere Träger (Rentenversicherung, Unfallversicherung) in Frage kommen.
→ „**ambulant vor stationär!**“
- Reicht die ambulante Leistung nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in der Rehabilitationseinrichtung erbringen.
- Die Krankenkasse bestimmt auf Grundlage der medizinischen Erfordernissen Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.
- Die Leistungen zur **ambulanten med. Reha** sollen für **längstens 20 Behandlungstage**, Leistungen der **stationären med. Reha** für **längstens drei Wochen** erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.
- Reha-Leistungen können **nicht vor Ablauf von vier Jahren** nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, dass eine vorzeitige Leistung aus med. Gründen dringend erforderlich ist.
- Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen bei einer **stat. Reha je Kalendertag 10 €** an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten. Wird eine Leistung im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (AHB) in Anspruch genommen, muss insgesamt für längstens 28 Tage je Kalenderjahr Zuzahlung geleistet werden.



§ 43 SGB V Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

- Die Krankenkasse kann Leistungen zur Rehabilitation ganz oder teilweise erbringen oder fördern, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören:

Zum Beispiel: - **wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke**;
- im unmittelbaren Anschluss an eine KHB oder stationären Reha erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerst-kranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwer-wiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn die Nach-sorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.



- Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehaeinrichtung behandelt werden.
- Keinen Anspruch auf Krankengeld haben AIG II-Bezieher, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Arbeitserprobung), Studenten, Personen bei Ausübung einer berufspraktischen Tätigkeit ohne Entgelt oder Personen ohne Krankenversicherungsschutz sowie Familienversicherte. Grundsätzlich auch hauptberuflich selbständig Erwerbstätige - es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung).
- Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

§ 46 SGB V Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld:

- Der Anspruch auf Krankengeld entsteht
 - a) bei **KHB** oder Behandlung in einer **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an**,
 - b) im übrigen von dem Tag an, der **auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt**.

Beispiel: Tag der ärztlichen Feststellung 03.03.2015 → Anspruch auf Krankengeld ab 04.03.2015



- Die Krankenkasse übernimmt die **Kosten für Fahrten** einschließlich der Transporte, **wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind**. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.
- Die Krankenkasse übernimmt **Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung** unter Abzug von Zuzahlungen (10 % der Rechnungssumme; mindestens 5 €, höchstens 10 € je Fahrt) nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der G-BA in entsprechenden Richtlinien festgelegt hat.
 - ➔ - wenn durch eine amb. Behandlung eine stationäre vermieden wird („ambulante OP“)
 - bei vor- und nachstationärer Behandlung
 - Versicherte mit Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, oder „H“
 - bei Vorliegen von mind. Pflegestufe II
 - bei so genannten „Serienfahrten“ (Chemo-/Strahlentherapie, Dialyse)
 - wenn Transport erforderlich ist, um Gefahr für Leib und Leben abzuwenden
- Die Krankenkasse übernimmt die **Fahrkosten** unter Anrechnung der o.g. Zuzahlungen **bei stat. Leistungen** (bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingend medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus), bei **Rettungsfahrten zum Krankenhaus** auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, bei anderen **Fahrten** von Versicherten, die **während der Fahrt einer fachlichen Betreuung** oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport).



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

- Als Fahrkosten werden anerkannt:
 - bei Benutzung eines **öffentlichen Verkehrsmittels** der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
 - Benutzung eines **Taxis oder Mietwagens**, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nachweislich nicht benutzt werden kann (ärztliche Verordnung),
 - bei Benutzung eines **Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs**, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nachweislich nicht benutzt werden kann,
 - bei Benutzung eines **privaten Kraftfahrzeugs** für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des erforderlichen Transportmittels entstanden wären.
 - laut § 5 Bundesreisekostengesetz **0,20 € je Kilometer**
- Die Kosten des **Rücktransports in das Inland werden nicht übernommen!**



§ 61 SGB V Zuzahlungen

- Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 % des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.
- Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 € erhoben.
- Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 SGB V Belastungsgrenze

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen Zuzahlungen **nur bis zu Ihrer individuellen Belastungsgrenze** tragen. Diese beträgt in der Regel **2 % der Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt; bei **schwerwiegend chronisch kranken Menschen 1 %**.



Pflegestützpunkt

Wiesbaden

Geschafft...!

**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit !**

Jörg Bracke

Tel: 0611 / 31 – 36 48

Fax: 0611 / 31 – 69 02

joerg.bracke@wiesbaden.de

pflegestuuetzpunkt@wiesbaden.de