

## Krankenversicherung

<b>Gesetzliche Krankenversicherung .....</b>	<b>2</b>
<b>Schwerwiegend chronisch krank.....</b>	<b>2</b>
<b>Fahrtkosten für Krankenfahrten.....</b>	<b>3</b>
<b>Krankengeld .....</b>	<b>4</b>
<b>Leistungen bei Heimhämodialyse.....</b>	<b>4</b>
<b>Private Krankenversicherung .....</b>	<b>4</b>
<b>Behandlungsvertrag .....</b>	<b>5</b>
<b>Abtretungserklärung .....</b>	<b>5</b>
<b>Leistungen bei Heimhämodialyse.....</b>	<b>5</b>
<b>Pflegeversicherung.....</b>	<b>6</b>

Stand: Januar 2017

## Gesetzliche Krankenversicherung

Wer gesetzlich krankenversichert ist, erhält neben der Übernahme der Dialysebehandlungskosten eine Reihe von Leistungen. Bei vielen Leistungen wie Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrtkosten von und zur Dialysebehandlung wird eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten erhoben – mindestens fünf Euro, höchstens jedoch zehn Euro. Liegen die Kosten unter fünf Euro, zahlt der Patient den vollen Preis der Leistung selbst. Es gelten dabei jedoch folgende Belastungsgrenzen:

- Die Eigenbeteiligung des Versicherten ist auf zwei Prozent des Bruttofamilieneinkommens pro Jahr begrenzt, dabei werden alle Zuzahlungen, zum Beispiel auch Zuzahlungen für den Krankenhausaufenthalt, berücksichtigt.
- Für schwerwiegend chronisch Kranke gilt eine Zuzahlungsgrenze von nur einem Prozent des jährlichen Bruttofamilieneinkommens.
- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit (Ausnahme: Fahrtkosten).
- Wenn das Erreichen dieser Belastungsgrenzen nachgewiesen und von der Krankenkasse anerkannt wurde, ist in dem entsprechenden Jahr keine weitere Zuzahlung zu leisten.

Der Nachweis der schwerwiegend chronischen Erkrankung ist durch ein ärztliches Attest zu belegen.

### Schwerwiegend chronisch krank

Wann eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgeschrieben: Schwerwiegend chronisch krank ist, wer sich wegen derselben Erkrankung mindestens ein Jahr in ärztlicher Dauerbehandlung

befindet und mindestens einmal im Quartal wegen dieser Krankheit den Arzt aufsuchen muss. Daneben muss eine Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 vorliegen oder eine Erwerbsminderung (ab MdE 60) im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder eine Leistungsgewähr der Pflegekasse nach Pflegestufe II oder III erhält oder wenn eine

*"kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztlich oder psychotherapeutisch, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich (ist), ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit ... verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist".*

(§ 2 Abs. 2 der "Chroniker-Richtlinie" des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Die Dauerbehandlung und die kontinuierliche Behandlung müssen durch ärztliche Atteste der Krankenkasse nachgewiesen werden.

### **Fahrtkosten für Krankenfahrten**

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Bei Vorliegen zwingender medizinischer Gründe kann die Krankenkasse jedoch eine befristete Kostenzusage erteilen.

Die Fahrten gesetzlich versicherter Dialysepatienten zur und von der ambulanten Dialysebehandlung werden immer als Ausnahmefall eingestuft und dann übernommen, wenn die Kostenübernahme vorab mit einer medizinischen Begründung beim zuständigen Kostenträger beantragt wurde.

### Krankengeld

Im Fall einer Arbeitsunfähigkeit erhalten entsprechend Versicherte während derselben Erkrankung Krankengeld und zwar für höchstens 78 Wochen in einem Zeitraum von drei Jahren. Lohnfortzahlungen durch den Arbeitgeber werden auf die Krankengeld-Bezugsdauer angerechnet. Umfasst die Krankschreibung nur die wöchentlichen Dialysetage, so werden diese addiert.

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des durchschnittlichen Bruttogehalts der letzten drei Monate, jedoch höchstens 90 Prozent des Nettogehalts.

### Leistungen bei Heimhämodialyse

Entscheidet sich ein Dialysepatient für die Heimhämodialyse, wird er in diesem Verfahren ebenso wie sein Partner trainiert. Entstehen bei dem Partner durch unbezahlte Beurlaubung Lohnausfälle, kommt die gesetzliche Krankenkasse u. U. nach Prüfung des Einzelfalls anteilig dafür auf. Die Kosten für eventuelle Kinderbetreuung bzw. eine Haushaltshilfe werden für diese Zeit unter bestimmten Voraussetzungen übernommen. Die Krankenkasse trägt in der Regel keine Kosten für den Heimdialysepartner bei der Durchführung der Dialyse zu Hause.

### Private Krankenversicherung

Privat Krankenversicherte erhalten Leistungen in Abhängigkeit von ihrem individuellen Versicherungsvertrag. Deshalb sollten vor Behandlungsbeginn die Einzelheiten der Kostenübernahme für die Dialysebehandlung und sonstige Leistungen geklärt werden.

Zu beachten ist: Der im Januar 2009 in Kraft getretene **Basistarif** ist nicht vergleichbar mit anderen Tarifen der PKV. Sein Leistungsumfang ist vom Gesetzgeber vorgeschrieben und umfasst im Wesentlichen die Leistungen der gesetzlichen

Krankenversicherung. Auf die privat verordneten Medikamente werden nach Vorlage der Rechnungen nur die Kosten der preisgünstigsten Generika erstattet. Bei Heil- und Hilfsmitteln gilt der gleiche Leistungsumfang wie in der GKV.

### **Behandlungsvertrag**

Für die Dialysebehandlung schließt das KfH einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit privat versicherten Patienten ab. Darin wird u. a. geregelt:

- Die Berechnung der ärztlichen und nichtärztlichen Dialyseleistungen sowie
- die Abgabe erythropoietinhaltiger Medikamente (Grundlage der Rechnungslegung hierfür ist die Rahmenvereinbarung des KfH mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.).

### **Abtretungserklärung**

Um den bürokratischen Abrechnungsaufwand zu reduzieren, empfiehlt es sich, den Leistungsanspruch bei der privaten Krankenkasse an das KfH abzutreten. Damit kann das KfH die erbrachten Leistungen über eine Abrechnungs-Servicegesellschaft oder direkt mit der privaten Krankenkasse abrechnen – dem Patienten bleiben Formalitäten erspart. Die Abtretungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

### **Leistungen bei Heimhämodialyse.**

Wenn sich ein Patient für Heimhämodialyse entscheidet, ist zu klären, ob die private Krankenversicherung anteilig u. a. Lohnausfälle des Dialysepartners oder/und Kosten für Kinderbetreuung bzw. eine Haushaltshilfe während der Dialyse-Trainingsphase erstattet. In der Regel besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

## Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung tritt dann ein, wenn neben der Dialysepflicht eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zum 01.01.2017 werden grundlegende Veränderungen im Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte in Kraft gesetzt. Eckpfeiler des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Statt der bisherigen drei Pflegestufen und der sogenannten Pflegestufe „0“ gibt es nun fünf Pflegegrade. Auch das Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird grundlegend verändert. „In Zukunft soll auf die "Minutenzählerei" bei der Zeiterfassung verzichtet werden.“ ... Bei der neuen Begutachtung spielen die Beeinträchtigungen in zentralen Lebensbereichen wie z. B. der Selbstversorgung, Mobilität oder der Umgang mit psychosozialen oder medizinisch-therapeutischen Herausforderungen eine Rolle. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird in Zukunft allein der Grad der Selbständigkeit (Pflegegrad) sein.

(Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Pflegestärkungsgesetz)

Mitglieder einer privaten Krankenversicherung schließen eine **private Pflege-Pflichtversicherung** (PPV) ab, deren Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) gleichwertig sind.

Ausführliche Informationen über die Voraussetzungen und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflege-Pflichtversicherung hält die Sozialberatung des KfH bereit.