PFLEGE
WEGWEISER
NRW
Für Pflegebedürftige
und Angehörige

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Kinder mit einer Behinderung haben häufig einen höheren medizinischen Grundbedarf. Neben ärztlichen Behandlungen und Hilfsmitteln werden auch verstärkt Leistungen aus dem Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie der häuslichen Pflege in Anspruch genommen. Der konkrete Umfang der Leistungen hängt immer von den individuellen Bedürfnissen und der Art der Behinderung des Kindes ab. Die genauen Leistungen und deren Beantragung sollten mit der Krankenkasse besprochen werden.

Versorgung mit Windeln ab dem 3. Lebensjahr

Ab dem vollendeten 3. Lebensjahr sind Hilfsmittel wie Windeln oder Inkontinenzeinlagen bei Bettnässen und Hosennässen erstattungsfähig. In der ärztlichen Verordnung steht dann, dass das Kind aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung inkontinent ist. Für eine Windelverordnung braucht man nicht zwangsläufig eine Pflegestufe.

Nässt das Kind ausschließlich in der Nacht ein, zahlt die Krankenkasse Windeln ab dem vollendeten 5. Lebensjahr. Bettnässen gilt erst ab diesem Alter als behandlungsbedürftige Erkrankung.

Gerade bei Bettnässen können sogenannte **Klingelhosen** hilfreich sein. Die Klingelhose wird in Teilen oder sogar vollständig von der Krankenkasse übernommen. Auch **Schwimmwindeln** werden als Wassertherapie-Badebekleidung häufig anteilig von der Krankenkasse bezahlt.

Bei Rückenwind e.V. finden Sie eine informative Checkliste zum Dauerbrenner Windelversorgung.

Häusliche Krankenpflege des Kindes (§ 37 SGB V)

Eltern haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn keine im Haushalt lebende Person die Krankenpflege des Kindes ausführen kann. Häusliche Krankenpflege kann z.B. in der Verabreichung von Sondennahrung bestehen, dem Absaugen von Sekret oder der Anpassung und Einstellung von Beatmungsgeräten. Hierfür ist eine Verordnung der Kinderärztin oder des Kinderarztes über Krankenpflege nötig.

Heilmittel (§ 32 SGB V)

Zu den Heilmitteln gehören:

- Ergotherapie (hier kann auch ein Tier unterstützend eingesetzt werden)
- Krankengymnastik (Physiotherapie) inkl. der Methoden nach Bobath oder Vojta
- Logopädie (oft auch Sprachtherapie genannt)
- Musik und Spieltherapie sowie
- Massage

Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Zu den Hilfsmitteln gehören zum Beispiel:

- Hörgeräte
  Rollstühle
  Orthesen, Prothesen
  Sehhilfen
  Kommunikationshilfsmittel (wie z.B. Talker, Taster, Gebärden-Karten….)
  Therapiebetten
  Autositze
  Lagerungssysteme und vieles mehr.

Die Kostenübernahme wird individuell von den Kassen geprüft. Wir empfehlen, vor einer Beantragung genaue Informationen bei Fachleuten und anderen Eltern einzuholen, auf was in einem Antrag einzugehen ist. Eltern werden an den Kosten für bestimmte Hilfsmittel beteiligt, wenn festgelegte Kostengrenzen überschritten werden. Die Ausstattung von Hilfsmitteln in doppelter Ausführung, z.B. mit einem Rollstuhl, einer Gehhilfe oder einem Therapiestuhl für die Kita ist möglich, wenn das Hilfsmittel die Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht und nicht ohne weiteres täglich transportiert werden kann.

Versorge- und Rehabilations-Maßnahmen für die ganze Familie (§§ 23, 23, 40, 41 SGB V)

Ausführliche Informationen über Kureinrichtungen, die sogenannte ElternKindKuren anbieten, erhalten Eltern u.a. bei der **EllyHeussKnapp Stiftung/Deutsches Müttergenesungswerk [Externer Link]**.

Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Eltern erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen selbst – krankheits- oder behandlungsbedingt – die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Lebt im Haushalt ein Kind, das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch von regulär 4 Wochen auf längstens 26 Wochen.

Eltern als Begleitung im Krankenhaus (§ 11 Abs. 3 SGB V)

In der Regel werden die Kosten (Unterbringung und Verpflegung) für die Begleitung eines (Klein-)Kindes durch die Eltern im Krankenhaus übernommen. Die medizinische Notwendigkeit muss von den Krankenhausärzten bestätigt werden. Zwingende medizinische

Gründe können z.B. sein:

- Wichtige medizinische Behandlungen können nicht durchgeführt werden, weil das Kind von der Mutter oder dem Vater getrennt wird
- Es besteht ein ständiger oder besonderer Betreuungsbedarf des behinderten Kindes, der vom Krankenhaus-Personal nicht geleistet werden kann.

Sozialmedizinische Nachsorge-Maßnahmen (§ 43 Abs. 2 SGB V)

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder einen stationären Reha-Aufenthalt Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen. Während der stationären Behandlung findet eine gute Versorgung der Kinder statt. Im Übergang zur häuslichen Versorgung bestehen dann oft große Probleme, da die Eltern oder Bezugspersonen mit der Koordination der Pflege überfordert sind. Mit den Nachsorgemaßnahmen soll der Übergang von der Klinikversorgung in die Familie erleichtert werden. Fachkräfte unterstützen bei der Pflege des zu früh geborenen und kranken Kindes, unterstützen bei der Koordination von Therapien oder medizinischen Kontrollen und entlasten bei der Abstimmung mit Krankenkassen, Sanitätshaus und Hilfsmittellieferanten.

Am häufigsten wird sozialmedizinische Nachsorge bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Kindern mit Krebs verordnet. Anspruchsberechtigt sind Kinder, die bei Beginn der Nachsorge das 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr) noch nicht vollendet haben. Weitere Informationen finden Sie **hier**.

Nichtärztliche Leistungen (§ 43a SGB V)

Diese Leistungen richten sich an Kinder und Jugendliche mit schweren Entwicklungsstörungen oder chronischen Belastungen, die über das Medizinische hinausgehen und die deshalb die Kinderärztin oder der Kinderarzt nicht allein behandeln kann. Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen werden z. B. verordnet bei Epilepsie, Muskelerkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter oder als Langzeitbegleitung nach Früh- bzw. Risikogeburten.

Die Leistungen werden überwiegend in sog. Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erbracht und beginnen in der Regel mit einer Diagnose, um herauszufinden, was z.B. die Ursache der Störungen ist. In der Regel verordnet die Kinderärztin oder der Kinderarzt die Leistung und die Krankenkasse trägt die Kosten.

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)

Berufstätige Eltern haben für maximal 15 Tage pro Kalenderjahr (30 Tage bei Alleinerziehenden) Anspruch auf Krankengeld, wenn sie ihr erkranktes Kind pflegen oder betreuen müssen und deshalb nicht arbeiten können. Dieser Anspruch besteht, wenn das erkrankte Kind (gesetzlich) krankenversichert ist und keine andere im Haushalt lebende Person das Kind versorgen kann.

Ohne zeitliche Begrenzung besteht der Anspruch für ein Elternteil, wenn das Kind an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leidet, die eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Fahrkosten/Krankentransport (§ 60 SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Fahrtkosten für medizinisch notwendige Krankenfahrten. Dies sind z.B. Fahrten zu Operationen und zur Nachbehandlung von Operationen (u.a. nach einer Herz-OP) oder auch die Fahrten zu häufigen Therapien (z.B. Logo-. Ergotherapie) bei bestimmten Erkrankungen bzw. Behinderungen. Auch die ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum bei starker Mobilitätseinschränkung des Kindes zählt zu den Fahrten, bei denen die Kosten übernommen werden können. Der Krankheitsverlauf muss in diesem Fall so schwer sein, dass eine Beförderung unerlässlich ist.

Die Fahrten müssen **vom behandelnden Arzt im Vorfeld verordnet werden**. Wird das Kind von Angehörigen gefahren (Krankenfahrten), müssen Quittungen und Bescheinigungen aufgehoben und an die Krankenkasse geschickt werden. Wird das Kind vom Rettungswagen abgeholt (Rettungsfahrt) oder von Pflegediensten wie den Johannitern oder dem ASB gefahren (Krankentransport), rechnen diese direkt mit der Krankenkasse ab. Die Übernahme der Krankentransporte muss vor dem Antritt der Fahrt von der Krankenkasse **genehmigt** werden.

Folgende Menschen benötigen für die Kostenübernahme von Fahrten zu ambulanten Behandlungen in der Regel von der Krankenkasse **keine Genehmigung im Vorfeld**:

- Menschen mit den **Merkzeichen aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung), **Bl** (blind) oder **H** (hilflos) im **Schwerbehindertenausweis**
- Personen mit dem **Pflegegrad 3** und dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung
- Personen mit dem **Pflegegrad 4, 5**

Es wird allerdings empfohlen sich zumindest eine mündliche Zusage der Krankenkasse einzuholen. Die Anwesenheitsgenehmigung der Ärztin, des Arztes muss trotzdem eingeholt werden. Wir empfehlen Eltern, zusätzlich eine ärztliche oder therapeutische Stellungnahme zur Notwendigkeit der Fahrkostenübernahme und/oder zur belastenden Situation der Familie bei der Krankenkasse einreichen.

Freie Arztwahl (§ 76 SGB V)

Sie können für die Behandlung Ihres Kindes die Ärztin oder den Arzt frei wählen – sofern die besondere Erkrankung oder Behinderung die zur Verfügung stehenden Ärzte nicht schon einschränkt. Für eine fachärztliche Versorgung innerhalb von vier Wochen kann man sich auf § 75 SGB V berufen.

Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

Auch bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung sollte dafür Sorge getragen werden, dass die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen sowie die regulären Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden.