

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

Bei einem Krankenhausaufenthalt kann aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich sein. Zu den gesetzlichen Leistungen für die Begleitperson gehört gegebenenfalls ein Anspruch auf Krankengeld, wenn durch die Begleitung ein Verdienstaufschlag entsteht. Wer gesetzlich krankenversichert ist und nahe Angehörige mit einer Behinderung bei einer stationären Krankenhausbehandlung begleitet, kann diese Leistung beantragen. Dies gilt auch für die Begleitung einer Person aus dem engsten persönlichen Umfeld

Für das Krankengeld sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen. Dazu gehört zum Beispiel, dass die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

Bitte füllen Sie den Antrag (Anlage) vollständig aus und senden Sie diesen unterschrieben an uns zurück. Beachten Sie, dass der Antrag aus mehreren Teilen besteht. Reichen Sie uns bitte alle Nachweise (wie die Bescheinigung des Krankenhauses zu den medizinischen Gründen und zur Dauer Ihrer Begleitung) zusammen mit dem Antrag ein. Vielen Dank.

Antrag auf Krankengeld bei Begleitung von Menschen mit Behinderung zur stationären Krankenhausbehandlung (§ 44b SGB V)

1. Angaben der Begleitperson (Antragstellerin/Antragsteller)

1.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversichertennummer:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Steuer-Identifikationsnummer			

1.2. Verhältnis zur begleiteten Person

Im Verhältnis zu der unter Punkt 2 genannten Person, die ich begleite, bin ich

- ☐ ein naher Angehöriger (nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz, z. B. Mutter, Großvater, Schwager).
- ☐ eine andere Person aus dem engsten persönlichen Umfeld.

1.3. Angaben zur Begleitung (Bitte Bescheinigung vom Krankenhaus beifügen. Hierzu kann die Bescheinigung vom Krankenhaus unter Ziffer 3 genutzt werden.)

Die medizinisch notwendige Begleitung der Person unter Punkt 2 erfolgte

- ☐ durch eine Mitaufnahme am/seit/vom _____ bis _____.
- ☐ ohne Mitaufnahme zu folgenden Zeiten (Anwesenheit im Krankenhaus inklusive Zeiten der An- und Abreise):

Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)	Datum	Uhrzeit (von – bis)

1.4. Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe

Während der Zeit meiner Begleitung erfolgte zusätzlich eine Begleitung durch eine-/n Mitarbeitende/-n eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe.

- ☐ Nein
- ☐ Ja, zu folgenden Zeiten (Bitte Tage und Zeiträume an diesen Tagen angeben): _____

1.5. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit:

Für Beschäftigte in einem Arbeitsverhältnis: Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit

- ☐ vollständig ferngeblieben.
- ☐ teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

- ☐ keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber.
- ☐ einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen meinen Arbeitgeber vom _____ bis _____.
- ☐ einen unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen vom _____ bis _____.

Für Selbstständige: Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit

- ☐ vollständig ferngeblieben.
- ☐ teilweise ferngeblieben an folgenden Tagen: _____.

Ich habe während der Begleitung

- ☐ einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen .
- ☐ einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von _____ Euro.
- ☐ keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

1.6. Bezug von Entgeltersatzleistungen

Während der Begleitung beziehe ich

- ☐ keine andere Entgeltersatzleistung.
- vom _____ bis _____ ☐ Kurzarbeitergeld wegen vollständiger (100 %) Kurzarbeit.
- ☐ eine andere Entgeltersatzleistung: _____.

1.7. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/der Erwerbstätigkeit während der Begleitung

- ☐ wird nicht beendet.
- ☐ wird beendet am* _____.
- ☐ wird wegen Rentenbezug beendet am* _____.

* Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.

1.8. Besteht ein krankenversicherungsfreies Arbeitsverhältnis (geringfügige Beschäftigung, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)?

- ☐ Nein ☐ Ja

1.9. Wurde in den letzten 12 Kalendermonaten der Arbeitgeber gewechselt?

- ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wurden in diesem Zeitraum Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) gezahlt?

- ☐ Nein ☐ Ja

1.10. Bankverbindung

Ich bitte um Überweisung an folgende Bankverbindung:

Geldinstitut																											
IBAN:																											
BIC:																											
Das Konto gehört: (Name, Anschrift)																											

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich Änderungen ergeben, werde ich meine Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

2. Angaben der begleiteten Person

Bitte die Angaben von der begleiteten Person oder deren gesetzlichen Betreuer ausfüllen lassen.

2.1. Persönliche Daten

Name, Vorname:			
Krankenversichertennummer:		Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon (freiwillige Angabe)			
Es besteht eine gesetzliche Krankenversicherung?	☐ Ja ☐ Nein		
Krankenkasse:			

2.2. Es liegt eine Behinderung vor und es werden Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG):

☐ Ja (Bitte Nachweis über den Bezug der Eingliederungshilfe beifügen.) ☐ Nein

2.3. Die Begleitperson erbringt für mich Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §§ 90 – 150 SGB IX, § 35a SGB VIII oder § 27d Abs. 1 Nr. 3 BVG) gegen Entgelt:

☐ Ja ☐ Nein

2.4. Die Krankenhausbehandlung ist/war in Folge eines Unfalls erforderlich? (Die Information finden Sie auf der Verordnung der Krankenhausbehandlung [Muster 2], welches von der verordnenden Arztpraxis ausgestellt wurde.)

☐ Ja ☐ Nein

Die vorstehenden Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Sofern sich die oben genannten Angaben ändern, werde ich die Begleitperson und deren Krankenkasse umgehend informieren.

Datum

Unterschrift der begleiteten Person/des Betreuers

Bescheinigung vom Krankenhaus über die medizinisch notwendige Begleitung nach § 44b SGB V zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diese Bescheinigung kann als Ersatz für die Bescheinigungen nach § 4 Absatz 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vom Krankenhaus ausgestellt werden. Die Bescheinigung ist nur auszustellen, sofern die Begleitperson stationär mitaufgenommen wurde oder ihre notwendige Anwesenheit im Krankenhaus und die Zeiten ihrer An- und Abreise insgesamt 8 Stunden oder mehr am Tag umfassen.

Während der stationären Krankenhausbehandlung¹ von

Name und Vorname Patient(in)

Geburtsdatum Patient(in)

ist/war eine stationäre Mitaufnahme oder ganztägige Begleitung erforderlich, da bei der genannten Person

☐ ein Kriterium der Fallgruppe ___ gemäß der Anlage der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie vorliegt.

☐ mindestens eine sich vergleichbar auf die aktuelle Krankenhausbehandlung auswirkende Schädigung oder Beeinträchtigung vorliegt, und zwar:

Die Begleitung erfolgte durch

Name und Vorname Begleitperson

Geburtsdatum Begleitperson

seit/vom _____ bis _____

am/an folgenden Tagen: _____

Die Krankenhausbehandlung war Folge eines Unfalls ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Stempel des Krankenhauses

Unterschrift des Stationsarztes/
der Stationsärztin

¹ Gemeint sind stationäre Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V. Dazu gehören die teil- und vollstationäre, stationärsäquivalente sowie vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen.