



**ASS. IUR.  
THORSTEN  
BOOMHUIS**

Korbweidenweg 5  
D-48531 Nordhon  
Tel.: 0 59 21 – 81 91 602  
Mobil: 0172 – 207 58 21  
thorsten  
@pingpongparkinson.de

Dieses ist ein Ratgeber, der nach bestem Wissen erstellt wurde. Er erhebt jedoch keinen Anspruch auf vollständige Richtigkeit und Vollständigkeit. Jedwede Haftung ist ausgeschlossen.

## WAS WIR ÜBER PARKINSON WISSEN SOLLTEN

### Rechtliche Aspekte 2:

#### gesetzliche Krankenversicherung und Parkinson

Die Krankenversicherung ist in Deutschland eine Pflichtversicherung, d. h. sie ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen vorgeschrieben. Sie versichert gegen das Risiko von Krankheiten und deren Folgen und wird von gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenkassen (PKV) angeboten.

Im Folgenden wird es ausschließlich um die GKV gehen.

Aktuell<sup>1</sup> gibt es in Deutschland 113 gesetzliche Krankenkassen mit ca. 71,4 Millionen Versicherten und Familienangehörigen.

### I. ICD

Wissenswertes vorweg:

Die von der WHO<sup>2</sup> herausgegebene internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, aus dem Englischen:

---

<sup>1</sup> Stand: 26. August 2020

<sup>2</sup> Weltgesundheitsorganisation

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen.

Die gültige Ausgabe ist ICD-10-WHO Version 2019.<sup>3</sup>

Das primäre Parkinson-Syndrom findet sich in

Kapitel VI

Notation G

Bezeichnung: Krankheiten des Nervensystems

G20.2 primäres Parkinson-Syndrom

## **II. Gesetzliche Pflichtleistungen**

Alle gesetzlich Versicherten haben in Deutschland im Krankheitsfall Anspruch auf umfangreiche Versicherungsleistungen, die sogenannten gesetzlichen Pflichtleistungen. Dazu gehören auch die medizinischen Leistungen, die zur Behandlung von Parkinson erforderlich sind, im Einzelnen:

## **III. Arztbesuche**

Die Erstattung der Kosten für regelmäßige Arztbesuche, z. B. als Kontrolluntersuchung, sind gesetzliche Pflichtleistung der GKV. Dabei gilt grundsätzlich die freie Wahl der Haus- und Fachärzte, sofern diese mit den gesetzlichen Krankenkassen zusammenarbeiten.

## **IV. Krankenhausaufenthalte**

Die stationäre Behandlung im Krankenhaus ist ebenfalls, allerdings gegen Eigenanteilbeteiligung des Patienten, Pflichtleistung der GKV.

## **V. Arzneimittel**

Bei der Übernahme der Kosten der medikamentösen Behandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung gilt das Sachleistungsprinzip. Versicherte müssen somit, mit Ausnahme der Zuzahlungen, für eine Behandlung inklusive der verordneten

---

<sup>3</sup> ICD-11 tritt am 1. Januar 2022 in Kraft

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel grundsätzlich nicht bezahlen, soweit die Verordnung im Rahmen des gesetzlichen Leistungskatalogs erfolgt.

Laut Sozialgesetzbuch V haben Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung. Was genau das beinhaltet, bestimmt nicht das Gesetz, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der G-BA beschließt auch die sogenannte Arzneimittel-Richtlinie.

#### **a. Zuzahlungen**

(siehe die gesonderte Ausarbeitung „Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“)

#### **b. Generika**

Mittels sogenannter Rabattverträge können Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern bessere Konditionen aushandeln. Die erzielten Einsparungen geben sie in der Regel an die Versicherten teilweise weiter, zum Beispiel durch Verzicht auf die Zuzahlung. Die Apotheker sind entsprechend verpflichtet, bevorzugt Arzneimittel im Rahmen dieses Rabattvertrages abzugeben und ein vom Arzt verordnetes Arzneimittel gegen das Präparat eines Herstellers auszutauschen, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag hat. Dazu müssen allerdings Wirkstoff und Wirkstärke identisch und Darreichungsform und Packungsgröße müssen vergleichbar sein.

Der Arzt kann diesen Austausch von Medikamenten ausschließen, wenn er es für notwendig erachtet. Dazu muss er auf dem Rezept das Kästchen „aut idem“ ankreuzen.

### **VI. Heilmittel**

Heilmittel oder Heilmaßnahmen gehören ebenfalls zu den gesetzlichen Pflichtleistungen.

Je nach Beschwerdebild und Krankheitsstadium kommen Ergotherapie, physikalische Therapie oder Logopädie als Heilmittel in Frage, allesamt häufig fester Bestandteil in der Behandlung von chronisch-degenerativen Erkrankungen wie Parkinson.

In den Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen die Versorgung mit Heilmitteln geregelt. Der sogenannte Heilmittelkatalog gibt Aufschluss darüber, bei welcher Diagnose / Diagnosegruppe welches Heilmittel in welcher Menge im Regelfall verordnet werden kann. Vor der Verordnung von Heilmitteln muss sich der Arzt unter Einbezug entsprechender Diagnostik vom Zustand des Patienten überzeugen und diesen dokumentieren. Dies gilt auch für Folgeverordnungen.

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ist zu beachten. Deshalb gilt es, vor der Verordnung abzuwägen, ob z. B. durch Hilfsmittel, Arzneimittel oder eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten die Therapieziele qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden können. Ist dies nicht der Fall, sind Heilmittel verordnungsfähig.

Für den REGELFALL bei Parkinson enthält der Heilmittelkatalog die folgenden Festlegungen:

	<b>Vorrangiges Heilmittel</b>	<b>Optionale Heilmittel</b>	<b>Ergänzende Heilmittel</b>	<b>Verordnungsmenge</b>
<b>Physiotherapie</b>	Allgemeine Krankengymnastik  Spezielle Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems unter Einsatz der neurophysiologischen Techniken nach Bobath, Vojta oder PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation)	Fehlanzeige	Kältetherapie  Wärmetherapie	Erstverordnung: <= 10 Einheiten  Folgeverordnung: <= 10 Einheiten  Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls <= 30 Einheiten  Jeweils mindestens 1x wöchentlich
<b>Ergotherapie</b>	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung  Motorisch-funktionelle Behandlung  Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlung	Psychisch-funktionelle Behandlung	Thermische Anwendungen	Erstverordnung: <= 10 Einheiten  Folgeverordnung: <= 10 Einheiten  Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls <= 40 Einheiten

				Jeweils mindestens 1x wöchentlich
	<b>Vorrangiges Heilmittel</b>	<b>Optionale Heilmittel</b>	<b>Ergänzende Heilmittel</b>	<b>Verordnungsmenge</b>
<b>Logopädie</b>	Bei Schluckbeschwerden:  Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 30, 45 oder 60 Minuten mit dem Patienten, je nach konkretem Störungsbild und Belastbarkeit	Fehlanzeige	Fehlanzeige	Erstverordnung: <= 10 Einheiten  Folgeverordnung: <= 10 Einheiten  Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls <= 60 Einheiten  Jeweils mindestens 1x wöchentlich

### a. Langzeitverordnung

Die Heilmittel-Richtlinie ermöglicht Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Können Therapieziele im Einzelfall nur durch zusätzliche Verordnungen erreicht werden, sind längerfristige Verordnungen möglich.

Bei Personen mit Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr) wird von einem sogenannten „langfristigen Heilmittelbedarf“ gemäß Diagnoseliste (Anlage 2 Heilm-RL<sup>4</sup>) ausgegangen. Hier können, ohne dass der Regelfall zuvor durchlaufen wurde, die dauerhaft notwendigen Heilmittel als „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ verschrieben werden.

Bei Personen mit Parkinson mit mäßigen bis schweren Beeinträchtigungen (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr) wird von einem sogenannten „besonderen Verordnungsbedarf“ gemäß Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel<sup>5</sup> ausgegangen. Hier können, allerdings nachdem zuvor der Regelfall durchlaufen wurde, die dauerhaft notwendigen Heilmittel ebenfalls als „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ verschrieben werden.

<sup>4</sup> Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V

<sup>5</sup> Vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 84 Abs. 8 SGB V)

Bei Personen mit Parkinson unterhalb des Stadiums 3 nach Hoehn und Yahr muss der Versicherte einen Antrag zur Genehmigung stellen, wenn er der Auffassung ist, dass bei ihm Schwere und Langfristigkeit der funktionellen / strukturellen Schädigung mit den höheren Stufen vergleichbar ist.

#### **b. Nichtverordnungsfähige Heilmittel**

Nachfolgend ein paar Highlights aus dem Katalog der nach Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie ausdrücklich nicht verordnungsfähigen Heilmittel:

- Hippotherapie
- Höhlentherapie
- Musik- und Tanztherapie
- Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen
- Fußreflexzonenmassage
- Akupunktmassage
- Massage des ganzen Körpers
- Teil- und Wannenbäder, soweit sie nicht nach den Vorgaben des Heilmittelkataloges verordnungsfähig sind
- Sauna
- Schwimmen und Baden, auch in Thermal- und Warmwasserbädern
- Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebes dienen sollen

### **VII. Fahrtkosten**

Die GKV übernimmt die Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind bei:

- Leistungen, die stationär erbracht werden
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus
- Krankentransporte mit notwendiger fachlicher Betreuung.
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung, wenn einer der nachfolgend aufgeführten Ausnahmefälle vorliegt: Die Fahrt ist aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig,
  - weil eine Erkrankung vorliegt, die eine sehr regelmäßige Behandlung erforderlich macht. Dies ist beispielsweise bei Fahrten zur Dialyse oder zur

Strahlen- bzw. Chemotherapie der Fall. Die Auflistung ist nicht abschließend. Erkrankte, die eine vergleichbare Krankheit haben, können daher eine Genehmigung und Prüfung ihres Falles durch die Krankenkasse beantragen.

- und es liegt eine dauerhafte Einschränkung der Mobilität vor, so dass die Nutzung eines Pkw oder öffentlicher Verkehrsmitteln nicht möglich ist.
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.

Versicherte müssen sich Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse vorher genehmigen lassen. Die Genehmigung durch die Krankenkasse gilt als erteilt bei allen Versicherten, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen

- außergewöhnliche Gehbehinderung
- Blindheit
- Hilflosigkeit

haben oder die Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 besitzen. Bei Personen mit Pflegegrad 3 sind zusätzliche ärztliche Bescheinigungen notwendig.

Patienten und Patientinnen, die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt, aber nicht Inhaber eines Schwerbehindertenausweises sind, haben die Möglichkeiten der Gleichstellung nach der Überprüfung des Einzelfalles durch die Krankenkasse.

### **VIII. Ambulante Kur**

Alle 4 Jahre kann für ca. 3 Wochen eine ambulante Kur bewilligt werden, sofern sie notwendig ist, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dabei werden die Arzt- und Behandlungskosten voll übernommen; für Unterbringung und Verpflegung können Zuschüsse gewährt werden.

### **IX. Stationäre Kur**

Sollte eine ambulante Kur nicht ausreichen, kann eine stationäre Kur bewilligt werden. In diesem Fall übernimmt die Kasse auch die Unterbringungs- und Verpflegungskosten.

## **X. Psychotherapie**

Psychotherapie wird im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei allen zugelassenen Therapeuten erstattet.

## **XI. Alternative Behandlungsmethoden**

Alternative Behandlungsmethoden werden in der GKV grundsätzlich nicht erstattet.

Allerdings zahlen einige Krankenkassen freiwillig für spezielle Therapien. Die Erstattungsfähigkeit muss bei der Krankenkasse angefragt werden.

Für Heilpraktikerbehandlungen gilt jedoch ein Leistungsverbot.

## **XII. Schutz im Ausland**

In der anderen EU-Staaten besteht ein grundsätzlicher Versicherungsschutz, so dass Leistungen ohne vorherige Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Aber:

- Bei Krankenhausbehandlungen ist eine Genehmigung erforderlich.
- Die Kosten werden nur bis zu den Sätzen erstattet, die die Krankenkasse in Deutschland zahlen müsste.
- Der Leistungsumfang richtet sich nach den Rechtsvorschriften der einzelnen Länder, die nicht unbedingt dem deutschen Standard entsprechen.
- Ein Rücktransport aus dem Ausland wird nicht erstattet.

Es empfiehlt sich daher unbedingt eine Auslandsreisekrankenversicherung!

## **XIII. Krankengeld**

(siehe die gesonderte Ausarbeitung „Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit“)