



BAHN-BKK  
Postfach 90 02 52  
60442 Frankfurt am Main

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

Gesetzlich krankenversicherte nahe Angehörige oder Personen aus dem engsten persönlichen Umfeld eines Menschen mit Behinderungen, die aus medizinischen Gründen eine Begleitung bei einer stationären Krankenhausbehandlung benötigen, können einen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn ihnen durch die Begleitung ein Verdienstaufschlag entsteht. Dafür sind die gesetzlich vorgegebenen Anspruchsvoraussetzungen nachzuweisen, z. B. dass die zu begleitende Person Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht.

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

### **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 als Anlage beifügen.)**

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)

**1.4. Begleitung durch Mitarbeitende eines Leistungserbringers der Eingliederungshilfe (Assistenz)**

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 Arbeitgeber:**

Wir benötigen die Anschrift Ihres jetzigen Arbeitgebers für die Anforderung einer Entgeltbescheinigung.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort:** \_\_\_\_\_

**1.6. Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten den Arbeitgeber gewechselt?**

Nein  Ja

Wenn ja, haben Sie in diesem Zeitraum Einmalzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) erhalten?

Nein  Ja

Wenn ja, benötigen wir die Anschrift(en) des/der Arbeitgeber der letzten 12 Monate:  
(wenn Sie mehr als einen Arbeitgeber hatten, bitte als Anlage beifügen)

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort:** \_\_\_\_\_

**1.7. Haben Sie ein krankensicherungsfreies Arbeitsverhältnis?** (z.B. Minijob, Werkstudententätigkeit oder Praktikum)

Nein  Ja

Wenn ja, benötigen wir die Anschrift(en) des/der Arbeitgeber der letzten 12 Monate:  
(wenn Sie mehr als einen Arbeitgeber hatten, bitte als Anlage beifügen)

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ Ort:** \_\_\_\_\_

**1.8. Angaben zum Fernbleiben von der Arbeit/Erwerbstätigkeit:**

**Für Beschäftigte, die einen Arbeitgeber haben:**

Aufgrund der Begleitung bin ich der Arbeit ferngeblieben

vollständig an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_

teilweise an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_

Ich habe während der Begleitung

keinen Anspruch auf bezahlte Freistellung von meinem Arbeitgeber.

einen Anspruch auf bezahlte Freistellung von meinem Arbeitgeber

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (z.B. nach Tarif oder Dienstvereinbarung).

unbezahlten Urlaub in Anspruch genommen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Für Selbstständige:**

Aufgrund der Begleitung bin ich meiner Erwerbstätigkeit ferngeblieben

- vollständig an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_
- teilweise an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_

Ich habe während der ferngebliebenen Tage

- einen vollständigen Ausfall von Arbeitseinkommen.
- einen teilweisen Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro/täglich  
(bitte fügen Sie einen Nachweis bei).
- keinen Ausfall von Arbeitseinkommen.

### **1.9. Bezug von Entgeltersatzleistungen**

Hiermit bestätige ich, dass ich während der Begleitung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- keine andere Sozialleistung/ Entgeltersatzleistung beantragt oder erhalten habe.  
(z.B. Kinderkrankengeld, Verdienstausfallzahlung)
- kein Kurzarbeitergeld wegen vollständiger Kurzarbeit erhalten habe.

### **1.10. Beendigung des Arbeitsverhältnisses/ der selbstständigen Tätigkeit**

Mein Arbeitsverhältnis / meine selbstständige Tätigkeit hat während der Begleitung

- nicht geendet.
- am\* \_\_\_\_\_ geendet.
- am\* \_\_\_\_\_ wegen Rentenbezug beendet.

\* Bei Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit bitte Gewerbeabmeldung beifügen.



## 2. Angaben zur 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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       Nein

(Wenn ja, bitte Nachweise über den Bezug der Eingliederungshilfe und anerkannte Behinderung beifügen.)

### 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

**Datenschutzhinweis:** Für die Auszahlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Die abgefragten Daten sind Pflichtfelder. Mit der Absendung des Antrags willigen Sie in die weitere Verarbeitung der Daten ein. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit § 44b SGB V. Zusätzlich bitten wir um die Angabe Ihrer Telefonnummer, um Fragen im

Zusammenhang mit dem Antrag zu klären und die generelle Kontaktaufnahme mit Ihnen zu erleichtern. Ihre dazu erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite [www.bahn-bkk.de/datenschutz](http://www.bahn-bkk.de/datenschutz).