

Handreichung zum Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)

4. Auflage / Dezember 2004

Neues auf einen Blick	2	
Aktuelle Informationen zum GMG/SGB V unter www.diakonie-forum.de	3	◀Neu
Nützliche Links und Telefonnummern zum GKV-Modernisierungsgesetz:	4	
1. Allgemeine Informationen zu den Zuzahlungsregelungen	5	
1.1 ÜBERSICHT ÜBER DIE ZUZAHlungsREGELUNGEN	5	
1.2 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KANN EINE BEFREIUNG VON DEN ZUZAHlungen ERREICHT WERDEN?	6	
1.2.1 Die Belastungsgrenze und das „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“	6	
1.2.2 Die schwerwiegende chronische Erkrankung als Grund für eine niedrigere Belastungsgrenze.....	10	
1.2.3 Wie wird das Erreichen der Belastungsgrenze im Einzelfall festgestellt?	10	
1.2.4 Die Belastungsgrenze bei Bezug von Sozialhilfe oder einer bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	12	
1.2.4.1. Die Darlehensregelung für Bewohner von Heimen nach § 35 Abs. 3 ff. SGB XII.....	12	◀Neu
1.2.4.2. Bis zu welcher Höhe müssen SGB XII-Leistungsberechtigte von ihrem monatlichen Regelsatz Zuzahlungen leisten?	14	
1.2.5. Befreiung von weiteren Zuzahlungen auf Grund einer Vorauszahlung des Versicherten	14	
2. Zuzahlungen zu einzelnen Krankenkassenleistungen	15	
2.1 AMBULANTE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (PRAXISGEBÜHR)	15	
2.2 AMBULANTE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG (PRAXISGEBÜHR)	16	
2.3 AMBULANTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG (PRAXISGEBÜHR)	16	
2.4 STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG	16	
2.5 STATIONÄRE UND AMBULANTE REHABILITATION.....	17	◀Neu
2.6 STATIONÄRE MEDIZINISCHE VORSORGE UND REHABILITATION FÜR VÄTER UND MÜTTER.....	18	
2.7 ARZNEI- UND VERBANDMITTEL	18	
2.8 HEILMITTEL.....	19	◀Neu
2.9 HILFSMITTEL.....	20	
2.9.1. Versorgung mit Inkontinenzmitteln in Heimen	20	
2.10 HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE.....	22	
2.11 SOZIO THERAPIE.....	23	
2.12 HAUSHALTSHILFE.....	23	
2.13 KOSTEN FÜR KRANKENFAHRTEN UND VERLEGUNGSFAHRTEN	24	
3. Zahnersatz	26	◀Neu
3.1. HÄRTEFALLREGELUNG FÜR BEZIEHER GERINGER EINKOMMEN	26	
3.2. ERGÄNZENDE EINKOMMENSABHÄNGIGE ZUSCHÜSSE	27	
4. Aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgegliederte Leistungen	27	
4.1 SEHHILFEN/BRILLEN	27	
4.2 NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE (AUSNAHMELISTE DES GEM. BUNDESAUSSCHUSSES)..	28	
5. Konsequenzen für SGB XII- und SGB II-Leistungsberechtigte	28	◀Neu

Neues auf einen Blick

Mit der vorliegenden vierten Auflage der Diakonie-Handreichung zum Gesetz der Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) möchten wir besonders auf folgende Neuregelungen und Klärungen aufmerksam machen:

- Die § 35 und 37 SGB XII sind so geändert worden, dass der Sozialhilfeträger bei sozialhilfeberechtigten **Heimbewohnern** die **Zuzahlungen** bis zur Belastungsgrenze in Form eines ergänzenden Darlehens an die Krankenkasse leistet und die Rückzahlung in monatlichen Raten vom Barbetrag des Leistungsberechtigten organisiert, wenn der oder die Leistungsberechtigte nicht widerspricht. Die Krankenkasse erteilt auf dieser Grundlage bereits zu Jahresanfang die Befreiung von Zuzahlungen. Mit dieser Regelung wird die finanzielle Belastung durch Zuzahlungen für sozialhilfeberechtigte Heimbewohner auf das Kalenderjahr verteilt, fällt also nicht kumuliert zu Jahresbeginn an. Die Regelung gilt nicht für SGB XII-Leistungsberechtigte, die in eigener Häuslichkeit leben oder wohnungslos sind.
- Für alle SGB-XII-Leistungsberechtigten erhöht sich die Belastungsgrenze aufgrund der veränderten Regelsätze.
- Beim **Zahnersatz** wird die bisherige Regelung der Kostenerstattung (§ 30 SGB V) zum 01.01. 2005 aufgehoben. Stattdessen tritt § 55 SGB V in Kraft: Anstelle des prozentualen Zuschusses zum Zahnersatz zahlt die Kasse einen „befundbezogenen Festzuschuss“, der für verschiedene anerkannte Behandlungsmethoden eingesetzt werden kann. Versicherte mit einem geringen Einkommen (z. B. Sozialhilfeberechtigte) erhalten einen zusätzlichen Festzuschuss, so dass sie die Regelversorgung kostenfrei erhalten (**Härtefallregelung**). Daneben gibt es eine gleitende Härtefallregelung, bei der ein gleitend erhöhter Zuschuss abhängig von der Einkommenshöhe gezahlt wird. **Neben dieser leistungsrechtlichen Veränderung ist beachten, dass die Versicherung des Zahnersatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt.** Gesetzlich Versicherte, die bereits eine private Zahnersatzversicherung abgeschlossen haben, können ein Sonderkündigungsrecht in Anspruch nehmen.
- Mit der neuen Auflage weisen wir Sie auch auf weitere Klärungen und Präzisierungen die die Krankenkassen im Laufe des Jahres vorgenommen haben. Die Krankenkassen haben ihr Rundschreiben zu den **Einnahmen zum Lebensunterhalt und Gesamteinkommen** vom 14. März 2002 am 7. Mai 2004 aktualisiert. Das Schreiben findet sich z. B. auf der Website des V.d.a.K. http://www.vdak.de/leistungen/gr_ezl_ge_07052004.pdf
- Des Weiteren haben die Krankenkassen zur Vorschrift über die **Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen** gemäß § 62 Abs. 1-3 SGB V am 28.07.04 eine Verwaltungsvereinbarung abgeschlossen, mit der Fragen hinsichtlich der Zuzahlungen

bei Krankenkassenwechsel oder unterschiedlicher Kassenzugehörigkeit innerhalb einer Familie geklärt werden.

- Weiterhin weisen wir auf die Übersicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) über die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten und **von der Praxisgebühr befreiten Vorsorgeuntersuchungen** hin. Die Übersicht findet sich auf der Homepage des BMGS unter: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/VorsorgePM.pdf>.
- Da vielerorts noch Unsicherheiten über die ausnahmsweise **Verordnung von Krankenfahrten** bestehen, verweisen wir auf die für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bestimmten Erläuterungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/home/5484.htm>.

Aktuelle Informationen zum GMG/SGB V unter www.diakonie-forum.de

◀Neu

Zeitgleich mit dieser Ausgabe der Diakonie-Handreichung zum GMG eröffnen wir unter www.diakonie-forum.de einen Themenbereich, in dem aktuelle Dokumente zum SGB V zum Download zur Verfügung gestellt werden und Raum für Nachrichten und Diskussionen aus der Praxis ist. Sie finden im Bereich Diakonie-Themen das Forum GMG/SGB V. Hier finden Sie die aktuelle Fassung unserer Handreichung zum GMG sowie Dokumente des Gesetzgebers und der Selbstverwaltung zur Anwendung des GMG. Nach Möglichkeit können alle elektronischen Dokumente, auf die in dieser Handreichung verwiesen wird, im Diakonie-Forum GMG/SGB V gelesen und heruntergeladen werden. Auf diese Möglichkeit verweisen wir auch deshalb, weil die in den Anmerkung genannten Links auf andere Web-Seiten rasch veralten können. An dieser Stelle sei auch darauf verwiesen, dass das Diakonische Werk auf die Inhalte dieser Seiten keinerlei Einfluß hat und daher auch keine Verantwortung für ihren Inhalt übernimmt.

Um das Diakonie-Forum GMG/SGB V zu benutzen, ist eine (sehr einfache) Registrierung erforderlich. Sie dient lediglich dazu, das Forum von sachfremden, vulgären oder beleidigenden Einträgen freizuhalten. Zur Registrierung geben Sie Ihren Namen, Ihre E-mail-Adresse und ein selbst gewähltes Passwort an. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben dem gesetzlichen Datenschutz.

Wenn Sie registriert sind, können Sie nicht nur aktuelle Dokumente zum SGB V herunterladen, sondern uns auch Ihre Fragen und Erfahrungen aus der Krankenversorgung mitteilen und zur Diskussion stellen. Wir freuen uns, wenn Sie uns auf diesem schnellen Wege über die Anforderungen, Probleme und Problemlösungen aus der Praxis informieren. *Herzliche Einladung zur Beteiligung!*

Die Handreichung wird im Diakonischen Werk der EKD vom *Zentrum Gesundheit, Rehabilitation, Pflege* in Zusammenarbeit mit den Stabsstellen *Recht* und *Betriebswirtschaft* und dem Arbeitsfeld *Armutfragen, Integration und Grundsicherung* (Zentrum Familie Integration, Bildung Armut) erarbeitet und regelmäßig aktualisiert. Sie dient der Orientierung für diakonische Einrichtungen und Dienste. Für die Richtigkeit der hier gesammelten Informationen, insbesondere der Beispielrechnungen übernimmt das Diakonische Werk der EKD keine Gewähr.

Die Handreichung ist zum Gebrauch innerhalb der Mitgliedseinrichtungen des Diakonischen Werks der EKD bestimmt und kann in der vorliegenden Form unbeschränkt weiter gegeben werden. Wenn Teile der Handreichung in veränderter Form weitergegeben werden, so geschieht dies nicht im Namen des Diakonischen Werks der EKD, sondern im Namen des jeweiligen Benutzers.

Um die Handreichung möglichst lesbar zu gestalten, wurde darauf verzichtet, bei allgemeinen Aussagen über Personen regelmäßig die männliche und die weibliche Form zu verwenden.

Fragen und Anregungen bitte an:

Dr. Peter Bartmann, Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung, Tel. 030 83001-366, Fax 030 83001-444, bartmann@diakonie.de

Nützliche Links und Telefonnummern zum GKV-Modernisierungsgesetz:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: <http://www.bmgs.bund.de/>

Sonderseite zur Gesundheitsreform: <http://www.die-gesundheitsreform.de/>

Gemeinsamer Bundesausschuss: <http://www.g-ba.de>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (mit Links zu den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bezirksebene, wo sich viele Detailinformationen finden): <http://www.kbv.de>

Arbeitsgemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherungen (mit Links zu den einzelnen Krankenkassen, auf denen sich viele Detailinformationen finden): <http://www.g-k-v.com>

„Patientenprojekt“ der Verbraucherzentralen Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen: www.patientenprojekt.de. Das Patientenprojekt bietet juristische und medizinische Beratung für Patienten und Angehörige an.

Die E-Mail-Adresse der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Helga Kühn-Mengel: info@die-patientenbeauftragte.de.

Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung:
Montags bis donnerstags von 8-20 Uhr: 0800/15 15 15 9

1. Allgemeine Informationen zu den Zuzahlungsregelungen

1.1 Übersicht über die Zuzahlungsregelungen

Rechtsgrundlage: § 61 SGB V

Seit dem 1. Januar 2004 werden bei praktisch allen Leistungen der Krankenkassen Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten erhoben. Allerdings sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.¹ Keine Zuzahlungen fallen außerdem bei Leistungen der Vorsorge- und Früherkennung sowie bei Schutzimpfungen an.²

In der Regel werden Zuzahlungen von den Leistungserbringern (z. B. vom Arzt) eingezogen und von diesen direkt mit den Krankenkassen verrechnet.³

Es gibt drei verschiedene Zuzahlungsregelungen, nämlich

- **10 EUR bei**
 - ambulanter Behandlung bei Ärzten, Zahnärzten oder Psychotherapeuten pro Kalenderquartal (sogenannte Praxisgebühr)
 - Krankenhausaufenthalten sowie bei Leistungen in stationären und medizinischen Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation kalendertäglich
- **zehn Prozent des Preises, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) bei**
 - Arznei- und Verbandmitteln
 - Soziotherapie
 - Haushaltshilfe
 - Fahrtkosten
- **zehn Prozent der Kosten plus 10 EUR je Verordnung bei**
 - Heilmitteln
 - Häuslicher Krankenpflege

¹ Ausnahme: Auch für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr müssen Zuzahlungen zu Krankenfahrten geleistet werden.

² Die Übersicht des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung über die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten und von der Praxisgebühr befreiten Vorsorgeuntersuchungen findet sich unter <http://www.bmgs.bund.de/downloads/VorsorgePM.pdf>.

³ Ausnahmen: Zuzahlungen zur Häuslichen Krankenpflege (siehe Seite 22) zur Soziotherapie (siehe Seite 23) und zur Haushaltshilfe (siehe Seite 23) werden direkt von der Krankenkasse erhoben. In diesen Fällen stellt die Krankenkasse die Rechnung an den Versicherten.

1.2 Unter welchen Voraussetzungen kann eine Befreiung von den Zuzahlungen erreicht werden?

Rechtsgrundlage § 62 SGB V.

Eine **dauerhafte und vollständige Befreiung von Zuzahlungen**, wie sie in der Vergangenheit beispielsweise bei Bezug von Sozialhilfe oder bei anteiliger Übernahme der Heimkosten durch die Sozialhilfe möglich war, **gibt es seit Januar 2004 nicht mehr**.

Um künftig eine Befreiung von Zuzahlungen zu erlangen, müssen die Versicherten **jährlich nachweisen**, dass sie die im Gesetz vorgesehene **Belastungsgrenze** (s. u.) vor Ablauf des Jahres erreicht haben, und **eine Befreiung** von weiteren Zuzahlungen bei der Krankenversicherung **schriftlich beantragen**. Sie erhalten dann von den Krankenkassen einen Befreiungsbescheid, der sie von allen weiteren Zuzahlungen in diesem Jahr befreit. Der Bescheid muß an den entsprechenden Stellen, z. B. bei Ärzten, in Apotheken usw. vorgezeigt werden, um die Zuzahlung zu vermeiden.⁴

Überzahlungen, die zwischen dem Zeitpunkt der Antragstellung und der Zusendung des Befreiungsbescheids für das laufende Kalenderjahr erfolgt sind, werden **auf schriftlichen Antrag von der Krankenkasse** zurückerstattet.

Eine Befreiung von weiteren Zuzahlungen wegen des Erreichens der Belastungsgrenze gilt jeweils **nur für das laufende Kalenderjahr**. Im Folgejahr müssen erneut Zuzahlungen bis zum Erreichen der Belastungsgrenze geleistet werden.

1.2.1 Die Belastungsgrenze und das „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“

Rechtsgrundlage § 62 SGB V

Damit die Versicherten der Krankenkassen durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert werden, sieht das Gesetz eine finanzielle Belastungsgrenze vor. Sie liegt bei zwei Prozent des Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt.

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind (dazu s. u. im folgenden Abschnitt), gilt eine Grenze von einem Prozent des Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in einem Rundschreiben dargelegt, wie sie das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ermitteln.⁵ Offene Fragen gibt es vor allem hin-

⁴ Diese Bescheinigung muß mindestens folgende Angaben enthalten: Name der ausstellenden Krankenkasse, Vorname, Name des Versicherten, Geburtsdatum und/oder KV-Nummer, Datum der Ausstellung – Gültigkeitsdauer.

⁵ Einnahmen zum Lebensunterhalt und Gesamteinkommen. Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 14. März 2002 in der Fassung vom 07. Mai 2004. Das

sichtlich der Einbeziehung (des Einkommens) von Angehörigen und der Freibeträge für Kinder.

Bruttoeinkommen bedeutet, dass alle Einkünfte vor Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen berechnet werden. Dazu zählen alle Einkünfte, aus denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann, wie z. B. Lohn- und Gehaltszahlungen, Altersrenten, Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung und aus Kapitalvermögen. Nicht zum Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt zählen Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung. Nicht zum Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt zählen ferner zweckgebundene Zuwendungen wie Kindergeld, Erziehungsgeld oder Pflegegeld. In Zweifelsfragen sind die Krankenkassen bzw. die Verbraucherschutzorganisationen zu befragen.

Zur Ermittlung der Belastungsgrenzen von Familien oder Haushaltsgemeinschaften werden zunächst die Einkommen aller Haushaltsmitglieder zusammen gezählt.⁶ Von dieser Gesamtsumme werden sogenannte **Freibeträge** abgezogen:

- | | |
|---|-----------|
| ▪ für die „erste“ Angehörige bzw. den „ersten“ Angehörigen
(den Ehe- oder Lebenspartner, das erste Kind bei Alleinerziehenden) | 4.347 EUR |
| ▪ für jedes familienversicherte Kind | 3.648 EUR |
| ▪ für jede(n) weitere(n) Angehörige(n) | 2.898 EUR |

Die Belastungsgrenze liegt dann bei zwei Prozent des um die Freibeträge verringerten Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt. Wenn ein Mitglied einer Familie bzw. einer Haushaltsgemeinschaft an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, so gilt u. E. für die gesamte Familie bzw. Haushaltsgemeinschaft die niedrigere Belastungsgrenze von einem Prozent des Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt.

Rundschreiben findet sich unter dem Datum des 14. März 2002 in der Rubrik „Rundschreiben“ auf der Website der Gesetzlichen Krankenversicherung www.g-k-v.com.

⁶ Angehörige im Sinne des § 62 SGB V sind die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebenden Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Kinder sind auch die im Haushalt des Versicherten lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder, deren Familienversicherung aus der Versicherung eines anderen - nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden - Angehörigen des Kindes abgeleitet wird. Ehegatten/Lebenspartner des Versicherten sind immer zu berücksichtigen, wenn sie im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten leben, unabhängig davon, ob sie selbst versichert, familienversichert oder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

In der Krankenversicherung der Landwirte werden „sonstige Angehörige“, die im Haushalt leben, zum „gemeinsamen Haushalt“ zugerechnet. D.h. ihr Einkommen wird mit einem Abzug von 2.856 EUR dem gemeinsamen Haushalt zugerechnet. Ebenso fließen die von ihnen geleisteten Zuzahlungen in die Zuzahlungsleistungen des Haushalts ein. Bei anderen Krankenversicherungen sind „sonstige im Haushalt lebende Angehörige“ ohne Bedeutung für die Festlegung des Bruttoeinkommens.

Freibeträge für Kinder – richtig berechnet?

Die Verbraucherschutzverbände weisen darauf hin, dass aufgrund der im GKV-Modernisierungsgesetz genannten steuerrechtlichen Bestimmungen ein höherer Freibetrag von 5.808 EUR pro Kind zu veranschlagen ist.

Nähere Informationen und Musterschreiben, um Widerspruch bei der Krankenkasse gegen die Feststellung der Belastungsgrenze einzulegen, sind abrufbar unter: www.patientenprojekt.de

Bei den folgenden Beispielrechnungen wird die im Gesetz genannte Zahl zugrunde gelegt.

Beispiele⁷

- Eine Familie mit zwei minderjährigen Kindern lebt gemeinsam in einem Haushalt. Der Haushaltsvorstand verdient 2.100 EUR brutto monatlich. Die berufstätige Ehefrau verdient 610 EUR brutto monatlich. Das Bruttojahreseinkommen zum Lebensunterhalt im Sinne des SGB V der gemeinsam im Haushalt lebenden Angehörigen beträgt 32520 EUR. Von dieser Summe sind die Freibeträge (4.347 EUR für die Ehefrau und 2 x 3.648 EUR für die beiden Kinder) abzuziehen. Das bereinigte Bruttoeinkommen beträgt 8.940 EUR. Aus dem bereinigten Bruttoeinkommen ergibt sich eine jährliche Belastungsgrenze von 417,54 EUR. Das heißt, sobald alle Zuzahlungen der Haushaltsmitglieder im Kalenderjahr 417,54 EUR übersteigen, werden alle Mitglieder des Haushalts auf Antrag von weiteren Zuzahlungen befreit.

	Freibeträge	Jahresbruttoeinkommen in EUR
Haushaltsvorstand		25.200,00
Ehefrau		7.320,00
Jahresbruttoeinkommen der Familie		32.520,00
abzüglich der Freibeträge		
für die Ehefrau	4.347,00	-4.347,00
für ein Kind	3.648,00	- 3.648,00
für ein Kind	3.648,00	- 3.648,00
Bereinigtes Jahresbruttoeinkommen der Familie		20.877,00
Belastungsgrenze des Haushalts (2 %)		417,54

- Herr H. besucht eine Tagesförderstätte für Menschen mit Behinderungen und bezieht Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz. Als Jahresbruttoeinkommen wird der

⁷ Die folgenden Beispielrechnungen dienen der Orientierung. Für ihre Richtigkeit wird keine Gewähr übernommen.

zwölffache Regelsatz eines Haushaltsvorstands veranschlagt.⁸ Er lebt bei seinen Eltern, die über ein Bruttoeinkommen von 36.000 EUR verfügen. Er leidet an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung; seine Eltern sind hingegen nicht schwerwiegend chronisch krank.⁹ Für Herrn H. und seine Eltern ergibt sich folgende Belastungsgrenze:

	Freibeträge	Jahresbruttoeinkommen in EUR
Einkommen Herr H. (= 12-facher Regelsatz á 345 EUR)		4140,00
Bruttoeinkommen der Eltern		36.000,00
Jahresbruttoeinkommen der Familie		40.140,00
abzüglich der Freibeträge		
für den Vater	4.347,00	-4.347,00
für die Mutter	2.898,00	- 2.898,00
Bereinigtes Jahresbruttoeinkommen der Familie		32.895,00
Belastungsgrenze (1 %)		328,95

Frau K. lebt ebenfalls im Haushalt ihrer Eltern, ist jedoch nicht familienversichert, da sie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen arbeitet und deshalb selbst krankenversichert ist. Ihre aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung verringerte Belastungsgrenze ist unabhängig vom Einkommen ihrer Eltern zu ermitteln.¹⁰

	Freibeträge	Jahresbruttoeinkommen in EUR
Bruttoeinkommen Frau K. (= 12-facher Regelsatz á 296 EUR)		4.140,00
Belastungsgrenze (1 %)		41,40

⁸ Zur Berechnung des Bruttoeinkommens bei Sozialhilfebezug siehe unten Abschnitt 1.2.3.

⁹ Quelle: Aktuell. Informationen aus dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., April 2004, S. 7.

¹⁰ Quelle: Aktuell. Informationen aus dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., April 2004, S. 6-7.

1.2.2 Die schwerwiegende chronische Erkrankung als Grund für eine niedrigere Belastungsgrenze

Rechtsgrundlage: Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten gemäß § 62 SGB V in der Fassung vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1343) vom 28. Januar 2004

[http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien Texte/richtl_chroniker_ba_aek.htm](http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien%20Texte/richtl_chroniker_ba_aek.htm) (S. 1343)

Eine schwerwiegende chronische Krankheit liegt nach einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, wenn sich ein/e Patient/in **wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung** (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Kalenderquartal) befindet (nachzuweisen durch eine ärztliche Bescheinigung) und **zusätzlich eines der folgenden Kriterien** erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III vor (nach dem 2. Kapitel SGB XI).
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor (nachzuweisen durch Bescheid über GdB bzw. MdE; die Krankheit, wegen der sich der Patient in Dauerbehandlung befindet, muß im Bescheid als Begründung aufgeführt sein).
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Grunderkrankung zu erwarten ist.

Über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Krankheit wird eine ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Dann nimmt die Krankenkasse eine Herabsetzung der Belastungsgrenze von zwei auf ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens zum Lebensunterhalt vor. Das eine schwerwiegende chronische Krankheit vorliegt, muß der Krankenkasse jedes Jahr erneut angezeigt werden und kann vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft werden.

1.2.3 Wie wird das Erreichen der Belastungsgrenze im Einzelfall festgestellt?

Das Erreichen der Belastungsgrenze muß die versicherte Person (bzw. ihr gesetzlicher Betreuer) gegenüber der Krankenkasse durch die Zuzahlungsbelege nachweisen. Es ist deshalb unbedingt erforderlich, alle Quittungen über geleistete Zuzahlungen zu sammeln.

Grundlage für die Beurteilung, ob der Versicherte vor Ablauf des Kalenderjahres bereits Zuzahlungen bis zu seiner persönlichen Belastungsgrenze geleistet hat, sind

- das Bruttojahreseinkommen zum Lebensunterhalt,
- die zu berücksichtigenden Angehörigen,
- die im Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen.

Zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden alle Zuzahlungen des Versicherten und seiner Familien- bzw. Haushaltsangehörigen zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse, z. B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, bei Krankenhausbehandlung, Praxisgebühren etc. berücksichtigt.

Es werden nur **Zuzahlungsbelege** mit folgenden Angaben akzeptiert:

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
- die Art der Leistung (z. B. Arzneimittel/Heilmittel),
- der Zuzahlungsbetrag,
- das Datum der Abgabe,
- die abgebende Stelle (z. B. Stempel).

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, geleistete Zuzahlungen kostenfrei zu quittieren. Dies gilt auch für die Krankenkassen, soweit sie selbst Zuzahlungen einziehen.

Nicht angerechnet bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden Kosten

- für Arzneimittel/Hilfsmittel die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
- wenn aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,
- wenn Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist, z.B. Eigenanteile bei Zahnersatz, Sehhilfen oder Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung,
- wenn Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
- für Leistungen, die ohne ärztliche Verordnung bezogen werden.

1.2.4 Die Belastungsgrenze bei Bezug von Sozialhilfe oder einer bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Rechtsgrundlage: §§ 61; 62, Absatz 2 SGB V

Auch Bezieher von Sozialhilfe oder Grundsicherung müssen Zuzahlungen leisten. Für sie wird als Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach dem SGB XII festgelegt.

Der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes beträgt ab 01.01.2005 (vorbehaltlich der Regelsatzverordnungen der Länder) monatlich 345 EUR, jährlich also 4.140 EUR (bzw. in den neuen Bundesländern monatlich 331 EUR/jährlich 3972 EUR) . Die Zuzahlungen sind deshalb auf 82,80 EUR (bzw. 79,40 EUR Ost) pro Kalenderjahr begrenzt (2% von 4.140 EUR). Ist die Betreffende schwerwiegend chronisch krank, reduziert sich die Zuzahlungspflicht auf 41,40 EUR (bzw. 39,70 Ost) pro Kalenderjahr.

Bei Familien, deren Haushaltsvorstand Sozialhilfe bezieht, gelten die angeführten Belastungsgrenzen für die gesamte Haushaltsgemeinschaft. Bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII oder Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz erhalten, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze folgendes zu beachten: Zunächst muß geprüft werden, ob zwischen dem/der Versicherten und den Angehörigen mit denen er in einer Haushaltsgemeinschaft lebt, eine sogenannte Bedarfsgemeinschaft besteht. Eine Bedarfsgemeinschaft besteht z. B. zwischen Ehegatten oder Eltern mit minderjährigen Kindern, nicht jedoch zwischen Eltern und den in ihrem Haushalt lebenden volljährigen Kindern. Besteht eine Bedarfsgemeinschaft, so gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach dem SGB XII für die gesamte Bedarfsgemeinschaft als maßgebliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt.

Auch beim Bezug von Sozialhilfe in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe oder wenn die Sozialhilfe für einen Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim den fehlenden Kostenanteil trägt, gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach dem SGB XII als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

1.2.4.1. Die Darlehensregelung für Bewohner von Heimen nach § 35 Abs. 3 ff. SGB XII ◀Neu

§35 Abs. 3 ff. SGB XII in Verbindung mit § 62, Absatz 2 SGB V

Bewohner von Heimen, bei denen die Heimkosten anteilig von einem Sozialhilfeträger getragen werden, verfügen nur einen kleinen Barbetrag von ca. 89,70 EUR bzw. 86,06 EUR (Ost) (2005). Von diesem Barbetrag müssen sie Zuzahlungen bis zu der oben genannten Höhe leisten (s. o. Abschnitt 1.2.4). Um übermäßige Belastungen am Jahresanfang zu ver-

meiden, hat der Gesetzgeber in § 35 Abs.3 ff. SGB XII, eine Darlehensregelung vorgesehen, durch die die Belastung durch die Zuzahlungen gleichmäßig auf alle Monate des Jahres verteilt wird. Diese Regelung wird wirksam, **wenn der Leistungsberechtigte nicht widerspricht**. Dann zahlt der Sozialhilfeträger der Krankenkasse des Leistungsberechtigten am Jahresanfang eine einmalige Zuzahlung in Höhe der Belastungsgrenze. Daraufhin erhält der Leistungsberechtigte von seiner Krankenkasse zu Jahresanfang einen Befreiungsbescheid und muß daher keine (weiteren) Zuzahlungen leisten. Der Sozialhilfeträger regelt die Rückzahlung des Darlehens in zwölf Monatsraten so, dass die monatliche Rückzahlungsrate mit dem ausgezahlten Barbetrag verrechnet wird.

Als Alternative zur Darlehensregelung ist die Möglichkeit vorgesehen, dass der leistungsrechtliche Heimbewohner die einmalige Zuzahlung in der Höhe seiner Belastungsgrenze selbst am Jahresanfang vornimmt und daraufhin auch einen Befreiungsbescheid seiner Krankenkasse für das Kalenderjahr erhält. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass das Darlehen des Sozialhilfeträger zinslos ist.

Nach unserem gegenwärtigen Kenntnisstand können weder die Darlehensregelung nach § 35 Abs. 3ff. SGB XII noch auch die Vorauszahlung aus eigenen Mitteln am Jahresanfang rückgängig gemacht werden, wenn im Lauf des Jahres die Zuzahlungen unter der Höhe der persönlichen Belastungsgrenze bleiben würden.

Für den **Jahreswechsel 2004/2005** haben die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kommune sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft überörtliche Sozialhilfeträger folgendes **Übergangsverfahren** vereinbart:

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse – ggf. unter Hinzuziehung des Heimträgers – spätestens bis zum 1. Januar 2005 über die Leistungsberechtigten.
2. Die Krankenkasse übermittelt allen mitgeteilten Personen unmittelbar die Befreiungsbescheinigung für 2005.
3. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.
4. Die Krankenkasse teilt dem Sozialhilfeträger die Höhe der Belastungsgrenze mit.
5. Der Träger der Sozialhilfe informiert die Leistungsberechtigten über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Aus- und Rückzahlungsmodalitäten des Darlehens und die Möglichkeit des Widerspruchs.
6. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen

erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

Für die **Folgejahre** gilt eine sinngemäße Regelung, bei der der **Sozialhilfeträger bis zum 1. November** des Vorjahres die leistungsberechtigten Heimbewohner der Krankenkasse übermittelt, die einer Darlehensregelung in der Vergangenheit nicht widersprochen haben. Daraufhin ermittelt die Krankenkasse die Höhe der Belastungsgrenze und übermittelt dem Sozialhilfeträger vor dem 1. Januar die Befreiungsbescheide. Dieser gibt die Befreiungsbescheide zusammen mit Informationen über die Zahlungsmodalitäten und die Möglichkeit des Widerspruchs an die leistungsberechtigten Heimbewohner weiter. Sofern diese nicht widersprechen, wird die Darlehensregelung angewendet.

1.2.4.2. Bis zu welcher Höhe müssen SGB XII-Leistungsberechtigte von ihrem monatlichen Regelsatz Zuzahlungen leisten?

Nach einem Urteil des Niedersächsischen Oberverwaltungsgericht Lüneburg vom 06.05.04 (Aktenzeichen: 4 ME 88/04) muß ein Sozialhilfebezieher (der in eigener Häuslichkeit lebt) monatlich nur ein Zwölftel seiner Belastungsgrenze von seinem Regelsatz bestreiten. Bei einem Regelsatz von 345 EUR (d. h. 4.140 EUR pro Jahr) und einer persönlichen Belastungsgrenze von 82,80 EUR (bzw. 41,40 EUR beim Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) muß er also 6,90 EUR (bzw. 3,45 EUR beim Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung) monatlich an Zuzahlungen aus seinem Regelsatz leisten. Zuzahlungsbeträge, die über diesen Betrag hinausgehen, muß ihm der Sozialhilfeträger als Darlehen vorstrecken. Zur Tilgung des Darlehens darf der Sozialhilfeträger in den folgenden Monaten bis zu 6,90 EUR (bzw. 3,45 EUR) vom Regelsatz einbehalten.

Das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht hat also einem Sozialhilfebezieher, der nicht in einem Heim, sondern in eigener Häuslichkeit lebt, eine Darlehensregelung zugebilligt, die der in § 35 Abs. 3 ff. SGB XII für Heimbewohner vorgesehenen Regelung ähnlich ist.

1.2.5. Befreiung von weiteren Zuzahlungen auf Grund einer Vorauszahlung des Versicherten

Die in diesem Abschnitt wiedergegebenen Überlegungen beziehen sich nicht direkt auf das GKV-Modernisierungsgesetz, sondern auf seine Umsetzung durch die Krankenkassen, die allerdings nicht einheitlich ist.

Viele Krankenkassen stellen einen Befreiungsbescheid zu Jahresanfang auch dann aus, wenn der oder die Versicherte eine Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze leistet. Dadurch diese kann der Nachweis von geleisteten Zuzahlungen vermieden werden, der für manche Versicherte bzw. deren Betreuer aufwändig ist. Diese Regelung setzt allerdings voraus, dass der oder die Versicherte am Jahresanfang über den

entsprechenden Betrag verfügt und ist wirtschaftlich nur sinnvoll, wenn die Belastungsgrenze in kurzer Zeit erreicht wird.

2. Zuzahlungen zu einzelnen Krankenkassenleistungen

2.1 *Ambulante ärztliche Behandlung (Praxisgebühr)*

Rechtsgrundlage § 28 Abs. 4 SGB V

Bei jedem ersten **Arztbesuch** im Quartal, der der **Behandlung einer Krankheit dient**, wird eine Praxisgebühr von 10 EUR erhoben. Die Gebühr wird auch fällig, wenn die Behandlung im Rahmen eines Hausbesuches beim Patienten stattfindet. Wird dieser Arzt zur Weiterbehandlung im gleichen Kalenderquartal mehrfach aufgesucht, ist bei den folgenden Arztbesuchen keine Praxisgebühr mehr zu entrichten. Wer von einem Arzt zu einem anderen (Fach-)Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. **Bei Schutzimpfungen sowie Vorsorge- und Früherkennungsterminen ist hingegen keine Praxisgebühr zu entrichten.**¹¹

Bei der ersten Inanspruchnahme der **Notfallambulanz eines Krankenhauses** oder des **ärztlichen Bereitschaftsdienstes** ist eine Zuzahlung von 10 EUR zu entrichten, die von der Ambulanz bzw. dem Bereitschaftsdienst als „Notfallbehandlung“ quittiert wird. Wenn diese Quittung beim nachbehandelnden Arzt vorgelegt wird, so ist in diesem Quartal keine weitere Praxisgebühr für die ambulante ärztliche Behandlung fällig. Auch weitere Notfallbehandlungen in demselben Quartal sind von der Zuzahlung befreit. (Die zwischenzeitlich eingeführte Unterscheidung zwischen „planbaren“ und „ungeplanten“ Notfallbehandlungen entfällt).

←Neu

Beispiele:

- Wer seinen Hausarzt das erste Mal in einem Kalenderquartal aufsucht, hat 10 EUR als Praxisgebühr zu entrichten. Bei weiteren Behandlungsterminen im gleichen Kalenderquartal bei diesem Arzt, sind keine erneuten Zuzahlungen zu leisten.
- Wer Arzt und Zahnarzt innerhalb eines Quartals aufsucht, zahlt an beide die Praxisgebühr von 10 EUR pro Quartal.
- Sucht jemand einen Facharzt, ohne Überweisung durch den Hausarzt auf, dann muß er erneut 10 EUR Praxisgebühr bezahlen.
- Wenn z.B. jemand am 28. Juni den Hausarzt zum ersten Mal im 2. Kalenderquartal aufsucht, dann hat er die 10 EUR Praxisgebühr zu entrichten. Findet die Nachbe-

¹¹ Die Übersicht des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung über die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten und von der Praxisgebühr befreiten Vorsorgeuntersuchungen findet sich unter: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/VorsorgePM.pdf>.

handlung dann am 02. Juli durch den Hausarzt statt, ist die Praxisgebühr dann für das 3. Kalenderquartal zu leisten.

2.2 Ambulante zahnärztliche Behandlung (Praxisgebühr)

Rechtsgrundlage § 28 Abs. 4 SGB V

Bei jedem ersten Zahnarztbesuch im Quartal, der der Behandlung dient, ist eine Praxisgebühr von 10 EUR in der Praxis des Zahnarztes zu entrichten. Weitere Behandlungen beim selben Zahnarzt und im gleichen Kalenderquartal sind von der Zuzahlung befreit. **Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt sind von der Praxisgebühr ausgenommen.**

Beispiel

- Ist eine zahnärztliche Behandlung Ende März notwendig gewesen und ein weiterer Behandlungstermin für Anfang April vereinbart, so muß bei beiden Behandlungsterminen die Praxisgebühr bezahlt werden, weil sie in verschiedene Kalenderquartale fallen.

2.3 Ambulante psychotherapeutische Behandlung (Praxisgebühr)

Rechtsgrundlage § 28 Abs. 4 SGB V.

Wer einen Psychotherapeuten zur Behandlung aufsucht, hat dort pro Kalenderquartal ebenfalls eine Zuzahlung von 10 EUR zu entrichten. Weitere Behandlungen im gleichen Kalenderquartal sind von Zuzahlungen befreit. Zieht sich eine Behandlung über mehrere Kalenderquartale hin, ist pro Kalenderquartal eine Praxisgebühr von 10 EUR zu zahlen.

Noch nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob Hausärzte zu Psychotherapeuten – und umgekehrt Psychotherapeuten zu Hausärzten – so überweisen können, dass keine weitere Praxisgebühr fällig wird.

2.4 Stationäre Krankenhausbehandlung

Rechtsgrundlage § 39 Abs. 4 SGB V

Bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus **ist pro Behandlungstag eine Zuzahlung von 10 EUR** an das Krankenhaus zu leisten. Die Zuzahlungen sind **auf 28 Tage im Jahr begrenzt**. Bei der Berechnung der Zuzahlung werden Aufnahme- und Entlassungstag als je ein Behandlungstag gewertet.

Beispiele

- Wird ein Patient für 10 Tage im Krankenhaus behandelt, fallen Zuzahlungen von insgesamt 100 EUR an.

- Ist eine stationäre Krankenhausbehandlung im März für 5 Tage notwendig und eine erneute stationäre Krankenhausbehandlung im Herbst für 10 Tage notwendig, so sind bei der ersten Behandlung 50 EUR und bei der zweiten Behandlung 100 EUR zu entrichten.
- Ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig, die 30 Tage beträgt, so sind 280 EUR zu entrichten, da die Zuzahlungen auf 28 Tage begrenzt sind.
- War eine Krankenhausbehandlung im Frühjahr notwendig, die 20 Tage betragen hat und ist im Herbst ein erneuter Krankenhausaufenthalt notwendig, der 14 Tage dauert, so sind bei der ersten Behandlung 200 EUR zu entrichten, bei der zweiten Behandlung jedoch nur 80 EUR, da die Grenze von 28 Tagen im Jahr erreicht ist.
- Bei einer Krankenhausbehandlung nach vorhergehendem Hausarztbesuch müssen beide Zuzahlungen unabhängig voneinander geleistet werden.

2.5 Stationäre und ambulante Rehabilitation

Rechtsgrundlage § 40 Abs. 5-7 SGB V

Ähnlich wie bei stationärer Krankenhausbehandlung ist für stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation **pro Tag eine Zuzahlung von 10 EUR zu entrichten**. Bei der Berechnung der Zuzahlung werden Aufnahme- und Entlassungstag als je ein Kalendertag gewertet. Die Zuzahlungen bei stationärer medizinischer Vorsorge und Rehabilitation sind anders als beim Krankenhausaufenthalt **nicht auf eine bestimmte Anzahl von Tagen im Kalenderjahr beschränkt**, da diese Leistungen grundsätzlich nur für längstens drei Wochen erbracht werden sollen. Ist aus medizinischen Gründen ausnahmsweise eine längere Behandlung in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung notwendig, so sind für die gesamte Dauer pro Tag 10 EUR als Zuzahlung zu entrichten.

Bei der sogenannten **Anschlussrehabilitation** (auch: Anschlussheilbehandlung) sind die Zuzahlungen auf insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Unter der Anschlussheilbehandlung versteht man eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nötig wird. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Rehabilitationsmaßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhauserkrankung beginnt.

Die Beschränkung der Zuzahlungspflicht auf 28 Tage pro Jahr gilt auch für **ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** bei einer Reihe von Indikationen, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt werden (§ 40 Abs. 7 SGB V).¹² Hierzu zählen u. a.

◀Neu

¹² Indikationen für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gem. § 40 Abs. SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vom 16. Oktober 1997, in der Fassung vom 01. Januar 2004.

- Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit,
- Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer psychischen Erkrankung,
- geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen für geriatrische Rehabilitation.

Beispiele

- Ein Patient war 15 Tage im Krankenhaus und anschließend weitere 15 Tage in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zur Behandlung. Für die Krankenhausbehandlung sind dann 150 EUR Zuzahlung zu entrichten. Für die anschließende stationäre Rehabilitationsbehandlung sind dann noch 130 EUR zu entrichten, da die Obergrenze von 28 Tagen, für die Zuzahlungen geleistet werden müssen, erreicht wird.
- Ein Patient hat im Frühjahr eine Krankenhausbehandlung, die 15 Tage dauert und im Herbst eine Behandlung in einer stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtung, die ebenfalls 15 Tage dauert. In diesem Fall sind sowohl für die Krankenhausbehandlung wie auch für den Aufenthalt in der stationären Rehabilitationseinrichtung jeweils 150 EUR an Zuzahlung zu entrichten, da es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt.

2.6 Stationäre medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Väter und Mütter

Rechtsgrundlage §§ 24 Abs. 3 u. 41 Abs. 3 SGB V

Für die stationären Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Väter und Mütter gelten dieselben Zuzahlungsregelungen wie für stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. D.h. die Zuzahlung beträgt pro Tag 10 EUR. Bei der Berechnung der Zuzahlungen werden von den Krankenkassen An- und Abreisetag als je ein Kalendertag gewertet.

2.7 Arznei- und Verbandmittel

Rechtsgrundlage § 31 SGB V

Die Zuzahlung bei verordneten Arznei- und Verbandmitteln beträgt **zehn Prozent des Preises**, jedoch **mindestens 5 EUR und maximal 10 EUR pro Arznei- oder Verbandmittel**. Die Zuzahlung darf die Kosten des Mittels nicht übersteigen.

Beispiele

- Ein Medikament kostet 10 EUR. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 EUR.
- Ein Medikament kostet 75 EUR. Die Zuzahlung beträgt zehn Prozent vom Preis, also 7,50 EUR.
- Ein Medikament kostet 120 EUR. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 EUR begrenzt.

2.8 Heilmittel

Rechtsgrundlagen: § 32 SGB V sowie Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss in der Neufassung vom 16.03.04, gültig ab 01.07.04¹³

Bei Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Massagen u.ä.), müssen Patienten **zehn Prozent der Kosten** übernehmen **und 10 EUR pro Verordnung** zuzahlen. Unter einer Verordnung ist hier das Rezept und nicht das einzelne, verordnete Heilmittel zu verstehen. Die Zuzahlung wird **vom Leistungserbringer eingezogen** und mit der Krankenkasse verrechnet.

Nach den neuen Heilmittel-Richtlinien sind auch längerfristige Verordnungen möglich, wenn es der behandelnde Arzt bei besonders schwerwiegenden Erkrankungen begründet. Die Verordnung ist dann nicht an maximale Versorgungsmengen gebunden und kann ohne Therapiepause fortgeführt werden.

◀Neu

Die Altersgrenze für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit zentralen Bewegungsstörungen wurde von 12 auf 18 Jahre hoch gesetzt. (Bei dieser Behandlung sind die Richtwerte für Regelbehandlungszeit und die erforderliche Qualifikation der Therapeuten höher als bei der Behandlung von Erwachsenen).

Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder haben nach den neuen Heilmittelrichtlinien nur dann keinen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, wenn die Leistung der Frühförderung tatsächlich erbracht wird.

Beispiele

- Werden auf einem Rezept sechs Massagen verordnet, beträgt die Zuzahlung 10 EUR für diese Verordnung und zusätzlich zehn Prozent der Kosten pro Massage.
- Ein Patient erhält von seinem Arzt 10 Behandlungseinheiten Krankengymnastik auf Rezept verordnet. Der Patient hat dann 10 EUR für die Verordnung zu entrichten und zusätzlich zehn Prozent der Kosten pro Behandlungseinheit Krankengymnastik.

¹³ <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2004-03-16-Heilmittel-RL.pdf>

2.9 Hilfsmittel

Rechtsgrundlage § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 61 S.1 SGB V

Benötigt ein Patient ein Hilfsmittel, das von den Krankenkassen zu finanzieren ist (z.B. Hörgerät, Rollstuhl), so hat er **zehn Prozent der Kosten des Hilfsmittels als Zuzahlung zu leisten, mindestens jedoch 5 EUR, höchstens aber 10 EUR**. In jedem Fall dürfen die Zuzahlungen die Kosten des Hilfsmittels nicht übersteigen.

Bei **zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** (z.B. Ernährungssonden, Inkontinenzprodukte) beträgt die Zuzahlung zehn Prozent pro Packung, höchstens aber 10 EUR für den Monatsverbrauch je Indikation (ein Mindestbetrag ist hier nicht vorgesehen).

Ab 1.1.2005 gelten für orthopädische Einlagen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Sehhilfen, Inkontinenzhilfen und Stoma-Artikel bundeseinheitliche Festbeträge.¹⁴ Das bedeutet, dass die Krankenkassen für diese Hilfsmittel einen festgelegten Betrag bezahlen. In anderen Fällen ergibt sich der Betrag, den die Krankenkasse zahlt, aus Verträgen auf Landesebene oder aus Verträgen, die eine Kasse mit einzelnen Leistungserbringern z.B. großen Sanitätshäusern, abschließt, um möglichst günstige Preise für Hilfsmittel zu erreichen. Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten darüber informieren und auch über die Verträge mit Leistungserbringern, mit denen günstigere Preise vereinbart wurden.

◀Neu

Für den Patienten bedeutet dies: Es gibt auf dem Markt Hilfsmittel, die die Krankenkasse abzüglich der Zuzahlung voll finanziert. Es gibt jedoch Hilfsmittel mit einem höheren Preis. Im diesem Fall zahlt die Kasse nur den Festbetrag bzw. den vereinbarten Betrag, die Differenz muß der Patient – zusätzlich zur Zuzahlung – selbst tragen. Kauft der Patient das Produkt günstiger ein, bezahlt die Krankenkasse maximal den Anschaffungspreis. Unabhängig davon muß die oben beschriebene Zuzahlung geleistet werden.

Wenn Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist nach Auffassung der Krankenkassen bei jedem Leistungserbringer die volle Zuzahlung zu entrichten. Die Krankenkassen erstatten dann ggf. zuviel gezahlte Beträge zurück.¹⁵

2.9.1. Versorgung mit Inkontinenzmitteln in Heimen

Die Versorgung von Heimbewohnern mit zum Verbrauch bestimmten Inkontinenzmitteln ist als ein Spezialfall der Versorgung mit Hilfsmitteln anzusehen.

¹⁴ Vgl. das Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 1.12.2004: <http://www.g-kv.com/index.php>.

¹⁵ Vgl. Ergänzung zu der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Hilfsmittelbereich vom 25.06.2003, Aktualisierung der Zuzahlungsregelung vom 30. März 2004, Abschnitt 2. 2. 11 - abrufbar unter: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/bestellung-und-download/52028.pdf>

Zur Bestimmung der Zuzahlungsgrenze erfordert die durch das GKV-Modernisierungsgesetz geschaffene rechtliche Situation eine individualisierte Abrechnung der Inkontinenzmittel auf der Grundlage des persönlichen Verbrauchs. Unabhängig von der neuen Rechtslage erfolgt die Finanzierung von Inkontinenzprodukten in stationären Einrichtungen vielerorts jedoch weiterhin auf der Grundlage von auf der Basis des alten Rechts abgeschlossenen Landesrahmenverträge. Diese Rahmenverträge sehen eine pauschalierte Erstattung der Kosten für Inkontinenzprodukte durch die Krankenkassen für ihre in Alten- und Pflegeheimen wohnenden Versicherten vor.

Beim Einzug der Zuzahlungen ist in der Praxis zu beobachten, dass die Krankenkasse die bisher geltende pauschale Erstattung um 10% reduziert und es den Heimen überlässt, entsprechende Zuzahlungen von den Bewohnern einzuziehen. Diese Regelung ist rechtlich bedenklich,

- erstens weil bei der pauschalierten Abrechnung der Verbrauch des einzelnen Bewohners/der einzelnen Bewohnerin nicht erfasst wird und folglich eine verbrauchsabhängige bewohner/innenbezogene Zuzahlung nicht berechnet werden kann und
- zweitens weil die Heime ohne spezielle Zulassung nach § 126 SGB V nicht „abgebende Stellen“ im Sinn des § 33 Abs. 2 SGB V sind und folglich nicht zum Einzug der Zuzahlung berechtigt sind.

Allerdings vertreten die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer aktualisierten Verlautbarung zur Umsetzung des GMG im Hilfsmittelbereich vom 30.03.2004 die Auffassung, dass Pflegeheime als „abgebende Stelle“ für Inkontinenzmittel angesehen werden können, auch wenn sie nicht nach § 126 SGB V als Leistungserbringer zugelassen sind.¹⁶ Dann obliegt es dem Pflegeheim, die Zuzahlung bei den Bewohnern einzuziehen. Diese Vorgehensweise ist jedoch rechtlich nicht unbedenklich, weil ungeklärt ist, ob sich für Pflegeheime Verpflichtungen nach dem § 126 SGB V ergeben, wenn sie als abgebende Stelle für Inkontinenzmittel fungieren.

Als rechtlich unbedenkliche Variante ist wie bei Arzneimitteln die Einzelrezeptierung durch den Arzt und bewohnerbezogene Lieferung durch Apotheken oder Sanitätshäuser anzusehen. Dann ist die Apotheke bzw. das Sanitätshaus zur Einziehung des Zuzahlungsbetrages und das Heim zur personenbezogenen Lagerung und Anwendung der Inkontinenzprodukte verpflichtet.

¹⁶ Vgl. Abschnitt 2.2.2. in der Ergänzung zu der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Hilfsmittelbereich vom 25.06.2003, Aktualisierung der Zuzahlungsregelung vom 30. März 2004, abrufbar unter: <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/service-und-beratung/bestellung-und-download/52028.pdf>

2.10 Häusliche Krankenpflege

Rechtsgrundlage § 37 Abs. 5 SGB V

Bei Inanspruchnahme von Häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung **zehn Prozent** der Kosten der **kalendertäglich erbrachten Leistungen**. Hinzu kommen **10 EUR pro Verordnung**. Bei der Häuslichen Krankenpflege bleibt die Zuzahlung auf **28 Tage der Inanspruchnahme pro Kalenderjahr begrenzt**.

Diese Zuzahlungsbeträge errechnen sich aus den pro Leistungsanspruchnahme entstehenden Kosten ggf. einschließlich der Hausbesuchspauschale oder Wegepauschale (Kosten für die erbrachte Häusliche Krankenpflege pro Tag). Die Höhe der prozentualen Zuzahlung pro Kalendertag der Leistungsanspruchnahme wird rückwirkend aus der Rechnung des Pflegedienstes ermittelt und dem Versicherten **von seiner Krankenkasse in Rechnung gestellt**.

Wird Häusliche Pflege wegen **Schwangerschaft oder Entbindung** in Anspruch genommen, sind keine Zuzahlungen von der Versicherten zu erbringen (hier gilt weiterhin die Reichsversicherungsordnung: § 198 RVO).

Für Leistungen, die nach dem **Pflegeversicherungsgesetz** erbracht werden, werden **keine Zuzahlungen** erhoben.

Beispiele

- Die Krankenkasse genehmigt den vom Vertragsarzt am 09. März 2004 verordneten viermal wöchentlichen Verbandwechsel für den Zeitraum vom 09. März 2004 bis 26. März 2004. Die Vergütung für die Einzelleistung "Verband anlegen oder wechseln" beträgt 3 EUR plus 2,50 EUR für eine Hausbesuchspauschale. Nach Vorlage der Rechnung des Pflegedienstes berechnet die Krankenkasse dem Versicherten 10 EUR für die Verordnung plus zehn Prozent als Zuzahlung für die Kosten der häuslichen Krankenpflege von 66 EUR (12 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme x 5,50 EUR). Somit hat der Versicherte eine Zuzahlung von insgesamt 16,60 EUR zu leisten.
- Die Krankenkasse genehmigt die am 29. März 2004 vom Vertragsarzt ausgestellte Folgeverordnung, wonach weiterhin viermal wöchentlich ein Verbandwechsel für den Zeitraum vom 29. März 2004 bis 09. April 2004 durchzuführen ist. Die Krankenkasse berechnet dem Versicherten 10 EUR für die Verordnung plus zehn Prozent als Zuzahlung für die Kosten der Häuslichen Krankenpflege von 44 EUR (8 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme x 5,50 EUR). Somit hat der Versicherte eine Zuzahlung von insgesamt 14,40 EUR zu leisten.

- Die Krankenkasse genehmigt die am 04. Mai 2004 vom Vertragsarzt verordneten Insulininjektionen und Blutzuckermessungen zweimal täglich für den Zeitraum vom 04. Mai 2004 bis 25. Mai 2004. Die Vergütung für die Einzelleistung "subcutane Insulininjektion" beträgt 2,50 EUR, für Blutzuckermessung 1,50 EUR plus 2,50 EUR für eine Hausbesuchspauschale. Da der Versicherte bereits für 20 Kalendertage Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in Anspruch genommen hat, berechnet die Krankenkasse dem Versicherten 10 EUR für die Verordnung plus zehn Prozent als Zuzahlung für die Kosten der Häuslichen Krankenpflege von 104 EUR (8 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme täglich 2 x 6,50 EUR). Somit hat der Versicherte eine Zuzahlung von insgesamt 20,40 EUR zu leisten.

2.11 Soziotherapie

Rechtsgrundlage § 37 a Abs. 3 SGB V

Bei Inanspruchnahme von Soziotherapie ist eine Zuzahlung **von zehn Prozent pro Kalendertag** der Leistungsanspruchnahme, **mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR** zu zahlen, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Leistung. Eine Befristung der Zuzahlungsdauer besteht nicht. Die Zuzahlung **bei der Soziotherapie ist an die Krankenkasse zu leisten**, d.h. der Versicherte erhält eine Rechnung von seiner Krankenkasse.

2.12 Haushaltshilfe

Rechtsgrundlage § 38 Abs. 5 SGB V

Auch bei der Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe, die von der Krankenkasse finanziert wird, ist eine Zuzahlung von **zehn Prozent** der Kosten **pro Kalendertag**, mindestens jedoch 5 EUR, **höchstens aber 10 EUR pro Kalendertag** zu leisten, allerdings nicht mehr als die tägliche Kassenleistung für die Haushaltshilfe.

Die Zuzahlung ist auch zu entrichten, wenn die Krankenkasse anstelle der Kosten für eine Haushaltshilfe einer mit dem Versicherten verwandten oder verschwägerten Person für die Haushaltsführung den Verdienstaufschlag und die Fahrtkosten erstattet.

In den Fällen, in denen die Krankenkasse die Haushaltshilfe als Sachleistung zur Verfügung stellt, errechnen sich die **Zuzahlungsbeträge aus den pro Leistungsanspruchnahme entstehenden Kosten** (Kosten für die erbrachte Haushaltshilfe pro Tag). Die Höhe der Zuzahlung wird rückwirkend aus der Rechnung des Leistungserbringers (z.B. Sozialstation, Familienpflegedienst usw.) ermittelt, darf aber 10 EUR pro Tag nicht überschreiten.

Besonderheit: Die Zuzahlungen sind **direkt an die Krankenkasse** zu leisten, d.h. die Krankenkasse erstellt für die Zuzahlung eine Rechnung an den Versicherten.

Ausnahme: Wird Haushaltshilfe wegen **Schwangerschaft** oder **Entbindung** erbracht, so sind **keine** Zuzahlungen von der Versicherten zu entrichten (§ 199 Reichsversicherungsordnung [RVO]).

2.13 Kosten für Krankenfahrten und Verlegungsfahrten

Rechtsgrundlage: § 60 SGB V

Richtlinien

über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen
in der Fassung vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004, S. 1342

[http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien-
Texte/richtl_transport_ba_aek.htm](http://www.g-ba.de/htdocs/ba_aek/Arbeitsausschuesse/Richtlinien-
Texte/richtl_transport_ba_aek.htm)

Grundsätzlich finanzieren die Krankenkassen Krankenfahrten nur noch, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse **zwingend medizinisch notwendig** sind.

Dabei ist eine **Zuzahlung** in Höhe von **zehn Prozent** der Fahrtkosten zu leisten, mindestens jedoch 5 EUR, höchstens aber 10 EUR. Die Zuzahlungspflicht besteht auch für Transporte mit Rettungsdiensten. Hin- und Rückfahrt gelten jeweils als eigene Fahrt, für die jeweils eine Zuzahlung fällig ist. Die Zuzahlungsverpflichtung zu Krankenfahrten besteht auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Der behandelnde Arzt hat zu entscheiden, ob **zwingende medizinische Gründe** für eine Fahrt vorliegen und mit welchem Fahrzeug der Krankentransport vorgenommen werden soll. Die Krankenkasse kann dies ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung überprüfen lassen. Zwingende medizinische Gründe können sich grundsätzlich nur aus der Natur der Erkrankung ergeben.

Fahrtkosten zu einer **ambulanten** Behandlung übernimmt die Krankenkasse **nur in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung**. Um welche besonderen Ausnahmefälle es sich dabei handelt, wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Am 22. Januar 2004 hat der Bundesausschuss neue Krankentransportrichtlinien beschlossen.¹⁷

Ausnahmefälle liegen vor,

- wenn Patienten/innen an einer Grunderkrankung leiden, die eine häufige Therapie über einen längeren Zeitraum erfordert und bei der eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben notwendig ist. Als Beispiele für solche Behandlungen

¹⁷ Die Erläuterungen zur Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter <http://www.kbv.de/home/5484.htm>. Hier sind das Verordnungsformular („Muster 4“) und Erläuterungen der KBV zu finden.

werden genannt: Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie, onkologische Chemotherapie.

- wenn Pflegestufe II oder III vorliegt (gemäß SGB XI).
- wenn Versicherte einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) haben oder wenn der Krankentransport ärztlich verordnet wird, weil Versicherte von einer vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Die Kosten für **Rettungsfahrten zum Krankenhaus** werden – abzüglich der auch hier erforderlichen Zuzahlung – auch dann **von der Krankenkasse übernommen**, wenn sich bei der Untersuchung im Krankenhaus herausstellt, dass eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

Bei **Verlegungsfahrten**, die von der Kasse finanziert werden, ist ebenfalls eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der Fahrtkosten zu leisten, mindestens jedoch 5 EUR, höchstens aber 10 EUR.

Eine Verlegungsfahrt zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern wird nur dann von der Krankenkasse übernommen, wenn die Verlegungsfahrt **ausschließlich aus zwingenden medizinischen Gründen** geboten ist, wie beispielsweise die Verlegung nach einer Notfallaufnahme, weil das erstaufnehmende Krankenhaus z.B. auf Grund seiner apparativen Ausstattung und/oder fachlichen Ausrichtung die medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung nicht sicherstellen kann.

Insbesondere werden diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen.

Bei Verlegungsfahrten **in ein wohnortnahes Krankenhaus** sind die Kosten - wie bisher - nur dann von der Krankenkasse zu übernehmen, wenn die Krankenkasse der Verlegung ausdrücklich zugestimmt hat.

Beispiele

- Eine gehbehinderte Patientin fährt zu einer geplanten orthopädischen Operation ins Krankenhaus. Wegen ihres Gepäcks benötigt sie ein Taxi. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Krankenfahrt nicht.

- Eine stark gehbehinderte Person in einer stationären Einrichtung stürzt in der Nacht. Der herbeigerufene Notarzt diagnostiziert „Verdacht auf Oberschenkelhalsfraktur“. Die Person wird mit einem Krankentransport liegend ins Krankenhaus gebracht. Die Röntgenaufnahmen ergeben, dass keine Fraktur vorliegt und ebenfalls keine Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben ist. Es erfolgt eine Beförderung zurück in die stationäre Einrichtung ebenfalls mit einem Krankentransport, weil die Patientin nicht gehfähig ist. Für Hin- und Rückfahrt übernimmt die Krankenkasse die Kosten abzüglich der von der Patientin zu erbringenden Zuzahlungen.
- Eine demenzkranke, stark orientierungseingeschränkte Bewohnerin muß zum Zahnarzt, weil die Zahnprothese zerbrochen ist. Sie fährt gemeinsam mit ihrer Tochter im Taxi zum Zahnarzt. Es handelt sich um einen Krankentransport zur ambulanten Behandlung, der grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen wird. Ob die geschilderte Konstellation die Ausnahmeregelungen der Krankentransportrichtlinien erfüllt, ist nicht bekannt.

3. Zahnersatz

◀Neu

Rechtsgrundlage: § 55 i. V. m. § 56 SGB V

Beim Zahnersatz treten ab 01.01. 2005 an die Stelle der anteiligen Bezuschussung **befundbezogene Festzuschüsse** der Krankenkasse.¹⁸ Abhängig vom zahnmedizinischen Befund erhält die Patientin einen Festzuschuß, der mindestens 50 Prozent der Kosten für die jeweilige Regelversorgung beträgt. Damit ist eine standardisierte Behandlung gemeint, auf die sich die Krankenkassen mit den Kassenzahnärzten verständigt haben. Die Festzuschüsse erhöhen sich bei eigenen Bemühungen um die Gesunderhaltung der Zähne um 20 Prozent sowie um weitere zehn Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt hat und in den letzten zehn Kalenderjahren ohne Unterbrechung an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hat.

Wenn Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz nach einer anerkannten Behandlungsmethode wählen, erhalten sie den Festzuschuss und müssen die Mehrkosten tragen.

3.1. Härtefallregelung für Bezieher geringer Einkommen

◀Neu

Rechtsgrundlage: § 55, Abs. 2 SGB V

Der befundbezogene Festzuschuss wird durch einen weiteren Zuschuss in gleicher Höhe bis zur Höhe der tatsächlichen anfallenden Kosten für den Zahnersatz ergänzt,

¹⁸ Eine Übersicht über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Festzuschüsse findet sich bei der AOK unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/festzuschuss_gba_031104.pdf

wenn die Patientin

- ein geringes eigenes Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt hat (2005 bis zur Höhe von monatlich 966 EUR (West) bzw. 812 EUR (Ost)).¹⁹
- Hilfen zum Lebensunterhalt, Leistung der bedarfsorientierten Grundsicherung, Arbeitslosenhilfe nach SGB III oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz erhält,
- in einem Heim lebt und die Kosten der Unterbringung anteilig durch den Sozialhilfeträger getragen werden.

3.2. Ergänzende einkommensabhängige Zuschüsse

◀ Neu

Rechtsgrundlage: § 55 Abs. 3 SGB V

Auch Bezieher niedriger Einkommen oberhalb der oben genannten Einkommensgrenze erhalten zusätzlich zum Festzuschuss einen ergänzenden Zuschuss, der mit steigendem Einkommen sinkt.

4. Aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgegliederte Leistungen

Zu den bisherigen Leistungsausschlüssen bei Bagatellarzneimitteln (z.B. Abführmittel) und geringwertigen Hilfsmitteln (z.B. Hörgerätebatterien) treten weitere hinzu.

Die Krankenkassenleistungen für **Krankenfahrten** (siehe Seite 24) sowie **nicht verschreibungspflichtige Medikamente** (siehe Seite 28) sind stark eingeschränkt und nur noch in begründeten Ausnahmefällen möglich.

4.1 Sehhilfen/Brillen

Rechtsgrundlage § 33 SGB V

Grundsätzlich beteiligen sich die Krankenkassen an der Finanzierung von Sehhilfen/Brillen nicht mehr. Die Sehschärfenbestimmung und die Verordnung einer Brille durch den Augenarzt bleibt jedoch weiterhin eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausnahmen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr übernimmt die Krankenkasse die Kosten wie bisher.

¹⁹ Zugrundegelegt wird bei diesen Zahlen die sog. Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung). Die Bezugsgröße ist das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr. Im § 55 Abs. 2 werden 40 Prozent der Bezugsgröße als Grenzwert für die Härtefallregelung angesetzt.

Für Erwachsene übernimmt die Krankenkasse die Kosten für stark sehbehinderte Erwachsene. Als stark sehbehindert gilt nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation, wer weniger als 30 Prozent Sehschärfe auf jedem Auge hat.

4.2 Nicht verschreibungspflichtige Medikamente (Ausnahmeliste des Gem. Bundesausschusses)

Rechtsgrundlage § 34 SGB V

Die sogenannte OTC - Liste, in der die zugelassenen Ausnahmen der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel gemäß § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannt werden:

http://www.g-ba.de/pdf/OTC_Liste.pdf

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich von den Gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr finanziert und müssen vollständig selbst bezahlt werden.

Ausnahme: Ab 01. April 2004 können Vertragsärzte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur zu Lasten der Krankenkassen verordnen, wenn sie bei der **Behandlung schwerwiegender Erkrankungen** als **Therapiestandard** gelten (auch hier gelten die entsprechenden Zuzahlungsregelungen). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einer so genannten „Ausnahmeliste“ festgelegt, welche Erkrankungen und Standardtherapeutika derzeit zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können weiterhin durch den behandelnden Arzt zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden:

- für versicherte **Kinder** bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.
- für versicherte **Jugendliche** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit **Entwicklungsstörungen**.

5. Konsequenzen für SGB XII- und SGB II-Leistungsberechtigte

◀Neu

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) tritt zu Beginn des Jahres 2005 außer Kraft und wird durch das SGB XII – Sozialhilfe ersetzt. Gleichzeitig tritt mit dem Sozialgesetzbuch II – Grundsicherung für Arbeitssuchende – ein neues Leistungsrecht für erwerbsfähige Bedürftige in Kraft. In das SGB XII sind viele Regelungen des BSHG, insbesondere für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, unverändert übernommen. Für die gesundheitliche Versorgung gibt es allerdings eine gravierende Änderung (zusätzlich zu den bereits 2003 im Zusammenhang mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgenommenen Änderungen im Sozialhilferecht) **Es entfällt die Möglichkeit der einmalige Beihilfen (früher § 21 BSHG) für gesundheitlichen Bedarf.**

Leistungsberechtigte nach SGB II und ihre Haushaltsmitglieder sind ab 2005 in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Für diese sowie für **Sozialhilfeberechtigte, die Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse sind**, gelten folgende Regelungen:

- Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgegliedert worden sind und Zuzahlungen bis zur persönlichen Belastungsgrenze, müssen grundsätzlich vollständig selbst finanziert und bezahlt werden. Dies leitet sich aus § 20 SGB II, in dem auf das Sozialhilferecht verwiesen wird, und § 28 SGB XII i.V.m. der Regelsatzverordnung ab.
- Sollte keine Möglichkeit bestehen, diesen Bedarf mit Hilfe des jeweiligen Regelsatzes zu decken, so kann (nur) **nach dem SGB XII ein erhöhter Regelsatz** gewährt werden, wenn der Bedarf „unabweisbar seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht“ (§28 Abs. 1). Dies kann durch eine einmalige Aufwendung oder auch durch die Kumulation mehrerer Aufwendungen möglich sein. Da das Gesetz erst in Kraft tritt, können noch keine anerkannten Beispiele genannt werden. Im Zweifel ist in diesen Fällen jedoch zu empfehlen, einen erhöhten Bedarf zunächst einmal zu beantragen und dabei die sich entwickelnde Rechtspraxis zu beobachten.
- Für den Fall, dass ein solcher Antrag abgelehnt wird und kein Widerspruchsverfahren eingeleitet wird, kann für SGB-XII-Berechtigte – wie generell auch für SGB-II-Berechtigte – im Einzelfall (nicht für regelmäßig anfallenden Bedarf) **ein Darlehen nach § 37 SGB XII bzw. § 23 SGB II** gewährt werden, das aus dem Regelsatz zurück gezahlt werden muss.
- Der Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung (Diäten, Vitaminpräparate etc., früher § 23 Abs. 4 BSHG) ist nun in § 30 Abs. 5 SGB XII bzw. § 21 Abs. 5 SGB II ohne inhaltliche Veränderungen geregelt. Als Orientierung zur Bemessen der Krankenkostzulage dienen die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.²⁰

Für **Sozialhilfeberechtigte, die nicht Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse sind**, gelten zusätzlich folgende Regelungen:

- Nicht krankenversicherte Empfänger von Sozialhilfe haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass einige Krankenkassen auf Zuzahlungen von Wohnungslosen verzichten. Sie er-

²⁰ Vgl. Empfehlungen für die Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe, Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Heft 48, 2. Auflage Frankfurt am Main 1997.

halten eine Versichertenkarte, auf der sie als Mitglied bzw. über 65 als Rentner ausgewiesen sind. Die Aufwendungen der Krankenkasse werden vom Sozialhilfeträger ersetzt. (vgl. § 264 Abs. 2 u. 291 a SGB V).

- Sozialhilfeberechtigte, die nicht Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse und deren Krankenbehandlung auch nicht durch eine Krankenkasse übernommen wird, erhalten Krankenhilfe nach dem BSHG, die grundsätzlich den Krankenkassenleistungen nach SGB V entspricht.