

## Merkblatt zur Gesundheitsreform

### Auswirkungen der Leistungsausschlüsse und Zuzahlungsregelungen für behinderte Menschen

von Katja Kruse

Am 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist es, die steigenden Ausgaben der Krankenkassen durch Sparmaßnahmen zu begrenzen, um den Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken.

Belastend für die Versicherten wirkt sich dabei zum einen aus, dass einige Leistungen, die bisher von der Krankenkasse finanziert wurden, **aus dem Leistungskatalog ausgegliedert** bzw. stark eingeschränkt worden sind. Hierauf geht der erste Teil des Merkblatts ein.

Zum anderen hat das GMG dazu geführt, dass grundsätzlich alle Versicherten **Zuzahlungen** zu den Leistungen der Krankenkasse leisten müssen. Geändert haben sich ferner die Voraussetzungen, unter denen man sich von den Zuzahlungen befreien lassen kann. Da die Befreiungsregelungen etwas komplizierter sind als bisher, werden diese im zweiten Teil des Merkblatts anhand einiger Beispielfälle erläutert.

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch V. Einige Regelungen werden darüber hinaus in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Er wird gebildet von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen. Seit dem 1. Januar 2004 sitzen auch Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht bei Beschlussfassungen. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es beispielsweise, Richtlinien zu beschließen über die ärztliche Behandlung, Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und die Verordnung von Krankentransporten.

Die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sind im Internet auf der Seite [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) zu finden. Auf besonders wichtige Regelungen, die der Ausschuss im Zusammenhang mit dem GMG beschlossen hat, wird im Merkblatt hingewiesen.

## **TEIL 1: Ausgegliederte bzw. eingeschränkte Leistungen**

### **1.) Für wen sind nicht verschreibungspflichtige Medikamente weiterhin verordnungsfähig?**

Seit dem 1. Januar 2004 haben Versicherte grundsätzlich nur noch Anspruch auf verschreibungspflichtige Arzneimittel. Medikamente, die in den Apotheken frei verkäuflich sind, können daher vom Arzt prinzipiell nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Von diesem Grundsatz gibt es jedoch drei Ausnahmen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind weiterhin verordnungsfähig:

- für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- für Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit ihre geistige oder körperliche Entwicklung verzögert oder gestört ist und
- unabhängig vom Alter für Versicherte, wenn das Medikament als Standard-Therapie zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung erforderlich ist. Die Medikamente, die in diesem Fall vom Arzt ausnahmsweise verordnet werden dürfen, sind in einer so genannten Ausnahmeliste abschließend festgelegt. Aufgeführt sind in dieser Liste zum Beispiel Abführmittel zur Behandlung bei Tumorleiden oder neurogener Darmlähmung sowie Antiseptika und Gleitmittel für Versicherte mit Selbstkatheterisierung. Die vollständige Ausnahmeliste steht zum Download im Internet unter folgendem Link: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2004-03-16-AMR-OTC.pdf>

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind überdies auch bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung ausgeschlossen. Es handelt sich dabei zum Beispiel um verschreibungspflichtige Medikamente zur Behandlung von Erkältungskrankheiten sowie verschreibungspflichtige Abführmittel.

### **2.) Muss die Krankenkasse eine Brille bezahlen?**

Sehhilfen (zum Beispiel Brillen) werden seit dem 1. Januar 2004 grundsätzlich nicht mehr von der Krankenversicherung finanziert. Ausgenommen sind jedoch Sehhilfen

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie
- für volljährige Menschen, die schwer sehbeeinträchtigt sind. Eine solche schwere Sehbeeinträchtigung liegt vor, wenn die Sehschärfe auf jedem Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen jeglicher Art maximal 30 % beträgt.

Bei Versicherten, die an Epilepsie oder Spastiken erkrankt sind und bei denen darüber hinaus eine besondere Sturzgefahr besteht sowie bei einäugigen Versicherten finanziert die Krankenkasse außerdem Kunststoffgläser für eine medizinisch notwendige Brille. Nähere Einzelheiten regelt ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, der unter folgendem Link im Internet zu finden ist: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2004-10-19-Hilfsmittel-Sehhilfen.pdf>

### **3.) Unter welchen Voraussetzungen werden Fahrten zur ambulanten Behandlung von der Krankenkasse bezahlt?**

Fahrkosten, die anlässlich von Fahrten zur ambulanten Behandlung entstehen, werden von der Krankenkasse nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung übernommen. Näheres regeln die so genannten Krankentransport-Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen hat. Danach können Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) haben oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

Außerdem können Fahrten für Versicherte genehmigt werden, die an einer Grunderkrankung leiden, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf müssen den Versicherten in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können daher ebenfalls als Ausnahmefall verordnet werden.

Die Krankentransport-Richtlinien sind im Internet unter folgendem Link zu finden: <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2004-01-22-Krankentransport.pdf>

### **4.) Was hat sich beim Zahnersatz geändert?**

Im GMG war ursprünglich vorgesehen, dass der Zahnersatz ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert wird. Versicherte hätten den Zahnersatz in diesem Fall über eine gesetzliche oder private Zusatzversicherung abdecken müssen. Ende 2004 hat der Gesetzgeber diese Regelung aber wieder rückgängig gemacht und beschlossen, den Zahnersatz als Kassenleistung beizubehalten.

Allerdings wird der Zahnersatz seit dem 1. Januar 2005 von der Krankenversicherung nach einem neuen System abgerechnet. Bisher erhielten Versicherte für Brücken, Kronen und Prothesen einen prozentualen Zuschuss von der Krankenversicherung. Nunmehr zahlt die Krankenkasse einen festen Zuschuss zur sogenannten Regelversorgung, die sich am jeweiligen Zahnbefund orientiert und mindestens 50 Prozent der Kosten für die jeweilige Regelversorgung beträgt. Lautet der medizinische Befund also beispielsweise „fehlender Zahn“, so ist diesem Befund ein bestimmter Euro-Betrag als Festzuschuss zugeordnet, der so hoch ist, dass er die Hälfte der Kosten einer durchschnittlich teuren Standardversorgung abdeckt. 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 Jahren 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 selber tragen.

Für die Bezieher geringer Einkommen sieht das Gesetz außerdem eine Härtefallregelung vor. Sie erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss, um die Regelversorgung bezahlen zu können. Die Härtefallregelung gilt für Versicherte, die

- ein monatliches Bruttoeinkommen von bis zu 966 € (West) bzw. 812 € (Ost) haben oder
- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen oder
- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) erhalten oder
- in einem Heim leben, sofern die Kosten der Heimunterbringung durch den Sozialhilfeträger getragen werden.

## **TEIL 2: Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen**

### **1.) Wer muss Zuzahlungen leisten?**

Seit dem 1. Januar 2004 muss jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und das 18. Lebensjahr vollendet hat, Zuzahlungen zu allen Leistungen der Krankenkasse (ärztliche Behandlung, häusliche Krankenpflege, Arznei-, Verband- Heil- und Hilfsmittel usw.) leisten. Lediglich Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich von allen Zuzahlungen befreit. Die bis zum 31. Dezember 2003 geltende Regelung, dass sich die Bezieher von Sozialhilfe oder Bewohner von stationären Einrichtungen vollständig von Zuzahlungen befreien lassen konnten, wurde mit Inkrafttreten des GMG aufgehoben.

### **2.) In welcher Höhe sind Zuzahlungen zu leisten?**

Grundsätzlich wird seit dem 1. Januar 2004 bei allen Leistungen der Krankenkasse eine Zuzahlung von 10 % der Kosten erhoben, wobei mindestens 5 € höchstens aber 10 € je Leistung zu zahlen sind. Wenn die Kosten unter 5 € liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

#### **Beispiele:**

- Ein Medikament kostet 75 €. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 €.
- Ein Medikament kostet 120 €. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 € begrenzt.

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie zusätzlich 10 € je Verordnung. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen (Krankenhausaufenthalt) werden je Kalendertag 10 € erhoben. Bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 € je Quartal und Behandlungsfall (sogenannte Praxisgebühr). Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine weitere Praxisgebühr, sofern der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

Weitere Einzelheiten zu den Zuzahlungsregelungen sind der als Anhang beigefügten Übersicht „Die Gesundheitsreform: Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen – die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick“ zu entnehmen.

### **3.) Kann man sich bei geringem Einkommen von den Zuzahlungen befreien lassen?**

Wie bereits erwähnt wurde die bis zum 31. Dezember 2003 geltende Regelung, dass sich die Bezieher von Sozialhilfe oder Bewohner von stationären Einrichtungen vollständig von Zuzahlungen befreien lassen konnten, mit Inkrafttreten des GMG zum 1. Januar 2004 aufgehoben. Das Gesetz sieht jedoch vor, dass die Versicherten nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze (der so genannten Belastungsgrenze) mit Zuzahlungen belastet werden sollen. Pro Kalenderjahr muss ein Versicherter maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 % seiner jährlichen Bruttoeinnahmen (welche Einnahmen hierzu zählen wird in Frage 5 erläutert) leisten.

#### **Beispiel:**

*Der Rentner Egon Müller verfügt über jährliche Bruttoeinnahmen in Höhe von 8.400 €. Pro Jahr muss er daher maximal Zuzahlungen in Höhe von 168 € aufbringen.*

Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

#### **Beispiel:**

*Aufgrund einer schweren Erkrankung hat Herr Müller bis zum April 2005 bereits Zuzahlungen in Höhe von 168 € für ärztliche Behandlungen, Medikamente und häusliche Krankenpflege geleistet und damit seine Belastungsgrenze erreicht. Er kann sich daher für den Rest des Jahres 2005 von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.*

### **4.) Haben behinderte Menschen die Möglichkeit, sich von den Zuzahlungen befreien zu lassen?**

Behinderte Menschen haben nicht generell die Möglichkeit, sich aufgrund ihrer Behinderung von den Zuzahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung befreien zu lassen. Vielmehr sieht das Gesetz vor, dass für chronisch kranke Menschen – zu denen auch Menschen mit einer Behinderung zählen können -, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, eine niedrigere Belastungsgrenze gilt. Sie haben pro Kalenderjahr maximal Zuzahlungen in Höhe von 1 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten.

#### **Beispiel:**

*Der Rentner Egon Müller leidet an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung. Bei jährlichen Bruttoeinnahmen in Höhe von 8.400 € muss er maximal 84 € für Zuzahlungen aufbringen.*

Die Anforderungen für die Inanspruchnahme der niedrigeren Belastungsgrenze hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der so genannten Chroniker-Richtlinie festgelegt. Danach liegt eine schwerwiegende chronische Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen vor:

Der Versicherte muss sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal). Zusätzlich muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 vor.
- Es ist eine kontinuierliche Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Chroniker-Richtlinie ist im Internet unter folgendem Link zu finden:

<http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2004-01-22-Chroniker.pdf>

Die weitere Dauer der Behandlung ist der Krankenkasse spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen. Soweit dies erforderlich ist, kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die weitere Dauer der Behandlung prüfen.

Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

**Beispiel:**

*Herr Müller hat bis zum Februar 2005 bereits Zuzahlungen in Höhe von 84 € für ärztliche Behandlungen, Medikamente und häusliche Krankenpflege geleistet und damit seine Belastungsgrenze erreicht. Er kann sich daher für den Rest des Jahres 2005 von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.*

**5.) Welche Einnahmen sind für die Belastungsgrenze maßgeblich?**

Maßgeblich sind lediglich die Einkünfte des Versicherten, aus denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Das können zum Beispiel Einnahmen aus einer unselbständigen Beschäftigung oder Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sein.

Leistungen zum Ausgleich bestimmter Mehraufwendungen wie Kindergeld, Erziehungsgeld oder Pflegegeld bleiben hingegen unberücksichtigt. Als Einnahmen, die dem Lebensunterhalt dienen, zählen ferner nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an

Körper oder Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Entscheidend für die Belastungsgrenze ist der jeweilige Bruttobetrag der Einkünfte (also nicht der nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen verbleibende Nettobetrag).

Bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen sowie bei versicherten Heimbewohnern, deren Unterbringungskosten vom Sozialhilfeträger getragen werden, wird der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes (West: 345 € pro Monat; Ost: 331 € pro Monat) als maßgebliches Bruttoeinkommen angesehen. Derselbe Betrag gilt auch für Versicherte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) erhalten. Lebt der versicherte Sozialleistungsempfänger in einer Bedarfsgemeinschaft (das ist zum Beispiel der Fall, wenn er mit seinem Ehegatten und/oder seinen minderjährigen Kinder zusammen wohnt) wird der Regelsatz des Haushaltsvorstandes für die gesamte Bedarfsgemeinschaft als maßgebliches Bruttoeinkommen zugrunde gelegt.

## **6.) Wie wird die Belastungsgrenze im Einzelfall ermittelt?**

Grundlagen für die Ermittlung der im Einzelfall einschlägigen Belastungsgrenze sind:

- die maßgeblichen jährlichen Bruttoeinnahmen
- die gegebenenfalls zu berücksichtigenden Angehörigen und
- ob der Versicherte oder einer der zu berücksichtigenden Angehörigen unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet.

Die Ermittlung der Belastungsgrenze soll anhand fünf verschiedener Lebenssituationen exemplarisch dargestellt werden:

### **a) Der Versicherte lebt alleine**

Wenn der Versicherte alleine lebt, sind lediglich seine jährlichen Bruttoeinnahmen für die Ermittlung der Belastungsgrenze maßgeblich.

#### **Beispiel:**

*Der allein lebende Diplomingenieur Günther Glas verdient jährlich 42.000 € brutto. Pro Jahr muss er daher bei einer Belastungsgrenze von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen maximal Zuzahlungen in Höhe von 840 € aufbringen. Ist Herr Glas schwerwiegend chronisch krank, liegt seine Belastungsgrenze bei 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen, also bei 420 €.*

Bezieht der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder erhält er Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) wird der Betrag von 345 € (West) bzw. 331 € (Ost) als maßgebliches Bruttoeinkommen angesehen. Als jährliches

Bruttoeinkommen ist das 12fache dieses Betrages bei der Ermittlung der Belastungsgrenze zugrunde zu legen.

**Beispiel:**

*Irene Gerlach ist voll erwerbsgemindert und lebt alleine im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Sie bezieht monatlich Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Höhe von 661 €, die sich aus folgenden Einzelleistungen zusammensetzt: Regelsatz eines Haushaltsvorstandes: 345 €, Kosten für Unterkunft und Heizung: 316 €. Als maßgebliches Bruttoeinkommen ist bei Frau Gerlach der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes, mithin ein jährlicher Betrag von 4.140 € (345 € x 12 Monate) anzusehen. Die Belastungsgrenze von Frau Gerlach beträgt somit 82,80 € bzw. – sofern eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt- 41,40 €.*

**b) Der Versicherte lebt in einer Einrichtung**

Bei Versicherten, die in einem Heim oder einer vollstationären Einrichtung leben und bei denen die Kosten der Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist ebenfalls der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes als maßgebliches Bruttoeinkommen für die Bemessung der Belastungsgrenze zugrunde zu legen.

**Beispiel:**

*Die körperbehinderte Eva Meier ist schwerwiegend chronisch krank und lebt in Thüringen in einer vollstationären Einrichtung. Die Kosten ihrer Unterbringung werden vom Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe getragen. Der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes beläuft sich in den neuen Bundesländern auf 331 €. Das maßgebliche jährliche Bruttoeinkommen von Frau Meier beträgt somit 3.972 € (331 € x 12 Monate). Aufgrund der chronischen Erkrankung kann Frau Meier für sich die niedrigere Belastungsgrenze von 1 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen in Anspruch nehmen. Ihre Belastungsgrenze beläuft sich daher auf 39,72 €.*

Behinderte Menschen, die in einer Einrichtung leben, müssen die Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenversicherung von dem Barbetrag (Taschengeld) bezahlen, der ihnen zur Befriedigung ihrer persönlichen Bedürfnisse zur Verfügung gestellt wird. Da die Zuzahlungsgrenze (bei schwerwiegender chronischer Erkrankung: 41,40 € (West) bzw. 39,72 € (Ost)) bei Menschen, die regelmäßig auf bestimmte Medikamente und ärztliche Behandlung angewiesen sind, oftmals schon im Januar erreicht ist, können die zu leistenden Zuzahlungen insbesondere am Jahresanfang zu einer finanziellen Überforderung von Heimbewohnern führen. Der Gesetzgeber hat deshalb im Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) ein vereinfachtes Zuzahlungsverfahren für Heimbewohner geschaffen.

Die Regelung sieht vor, dass der Sozialhilfeträger den Heimbewohnern für ein Jahr ein Darlehen in Höhe des Zuzahlungsbetrages gewährt und diesen Betrag an die zuständige Krankenkasse auszahlt. Die Krankenkasse erteilt dem Heimbewohner sodann über den Sozialhilfeträger eine Bescheinigung über die Befreiung von weiteren Zuzahlungen. Der Heimbewohner ist damit von Anfang an von jeder Zuzahlung befreit. Er muss allerdings das vom Sozialhilfeträger gewährte Darlehen in monatlichen Teilbeträgen von 3,45 € (West) bzw. 3,31 € (Ost) zurückzahlen. Will

der Heimbewohner von diesem vereinfachten Zuzahlungsverfahren keinen Gebrauch machen, muss er der Darlehensgewährung widersprechen.

**c) Der Versicherte lebt mit Angehörigen zusammen und bezieht keine Sozialhilfe**

Lebt der Versicherte mit Angehörigen oder seinem Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt, so ist das Familienbruttoeinkommen für die Ermittlung der Belastungsgrenze maßgeblich. Außerdem kann der Versicherte in diesem Fall bestimmte Freibeträge vom Bruttoeinkommen in Abzug bringen.

Angehörige im Sinne der Befreiungsregelung sind in jedem Fall die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebenden Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, die familienversichert sind. Kinder in diesem Sinne 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. Diese Kinder sind für die Beurteilung der Befreiung bei der Familie zu berücksichtigen, mit der sie im gemeinsamen Haushalt leben.

Ehegatten bzw. 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.

Ein gemeinsamer Haushalt liegt vor, wenn der Versicherte mit den zu berücksichtigenden Angehörigen in einer Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft lebt, bei der sozusagen „aus einem Topf“ gewirtschaftet wird.

Maßgeblich für die Ermittlung der Belastungsgrenze ist bei Versicherten, die mit berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammenleben, das sogenannte Familienbruttoeinkommen. Das heißt, dass in diesem Fall die Bruttoeinkünfte des Versicherten mit den Bruttoeinkünften der zu berücksichtigenden Angehörigen zusammengerechnet werden. Der errechnete Gesamtbetrag ist sodann um bestimmte Freibeträge, die für die Angehörigen geltend gemacht werden können, zu „bereinigen“.

Im einzelnen können folgende Freibeträge im Jahr 2005 für Angehörige geltend gemacht werden:

- für den ersten Angehörigen: 4.347 €
- für jeden weiteren Angehörigen: 2.898 €
- für jedes Kind: 3.648 €

**Beispiel:**

*Die Belastungsgrenze von Erika Einstein, die über ein Bruttoeinkommen von 20.000 € im Jahr verfügt und mit ihrem Ehemann (Bruttoeinkommen: 8.000 € /Jahr) und ihren beiden Kindern im gemeinsamen Haushalt lebt, errechnet sich danach wie folgt:*

Familienbruttoeinkommen:		28.000 €
abzüglich Freibeträge:		
Ehemann	-	4.347 €
Kind	-	3.648 €
Kind	-	3.648 €

---

„Bereinigtes“ Familienbruttoeinkommen: 16.357 €

*Leidet Frau Einstein nicht unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung, so gilt für sie eine Belastungsgrenze in Höhe von 2 % des bereinigten Familienbruttoeinkommens. Ihre Belastungsgrenze beträgt somit 327,14 €.*

Für das Erreichen der Belastungsgrenze kommt es nicht allein auf die Zuzahlungen an, die der Versicherte geleistet hat. Vielmehr werden die Zuzahlungen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen jeweils zusammengerechnet.

**Beispiel:**

*Frau Einstein muss im Januar 2004 für vier Wochen ins Krankenhaus (Zuzahlung: 280 €). Ihrem Ehemann werden im Februar diverse Medikamente verschrieben (Zuzahlung: 50 €). Die Kinder gehen wegen kleinerer Beschwerden zum Kinderarzt. Es werden keine Zuzahlungen fällig, da Kinder grundsätzlich von Zuzahlungen befreit sind.*

*Die Gesamtsumme der von allen Familienangehörigen geleisteten Zuzahlungen beträgt 330 €. Damit ist die Belastungsgrenze von Frau Einstein (327,14 €) erreicht. Sie kann sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Das gleiche gilt für Herrn Einstein, unabhängig davon, ob er selbst versichert oder über seine Frau familienversichert ist. Auch er kann sich für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreien lassen, weil seine Belastungsgrenze (327,14 €) erreicht ist.*

Zu beachten ist, dass die niedrigere Belastungsgrenze von 1% des Bruttoeinkommens laut eines Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26. November 2003 für den gesamten Familienhaushalt gilt, wenn mindestens eine Person wegen derselben schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung ist.

**Beispiel:**

*Wie oben, nur dass der Ehemann von Frau Einstein an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet. Für beide Eheleute gilt in diesem Fall eine Belastungsgrenze von 163,57 €.*

**d) Der Versicherte lebt mit Angehörigen zusammen und bezieht Sozialhilfe (1. Variante: Bedarfsgemeinschaft)**

Bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen und die zusammen mit Angehörigen in einem Haushalt leben, gelten für die Ermittlung der

Belastungsgrenze Sonderregelungen. Diese sind auch für Versicherte einschlägig, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) erhalten und mit Angehörigen zusammen leben. In all diesen Fällen ist zunächst zu prüfen, ob zwischen dem Versicherten und den Angehörigen, mit denen er in einem gemeinsamen Haushalt lebt, eine so genannte Bedarfsgemeinschaft besteht.

Nach dem Sozialgesetzbuch XII sowie dem Sozialgesetzbuch II besteht eine Bedarfsgemeinschaft zwischen zusammen lebenden Ehegatten, Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft sowie zwischen Eltern und den mit ihnen zusammen lebenden **minderjährigen** Kindern. Keine Bedarfsgemeinschaft besteht hingegen zwischen Eltern und den mit ihnen im gemeinsamen Haushalt lebenden **volljährigen** Kindern (siehe dazu Beispiel 6 e).

Liegt eine Bedarfsgemeinschaft vor, so wird der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes für die gesamte Bedarfsgemeinschaft als maßgebliches Bruttoeinkommen angesehen.

**Beispiel:**

*Viktor Weinheim ist voll erwerbsgemindert und lebt mit seiner ebenfalls voll erwerbsgeminderten Frau und dem gemeinsamen 6-jährigen Kind in Sachsen. Die Eheleute Weinheim beziehen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII. Herr Weinheim erhält den Regelsatz eines Haushaltsvorstandes (331 € im Monat; 3.972 € im Jahr). Für Frau Weinheim und das minderjährige Kind werden die jeweils maßgeblichen Regelsätze für Haushaltsangehörige (264,80 € bzw. 198,60 € im Monat; 3.177,60 € bzw. 2.383,20 € im Jahr) gezahlt. Außerdem zahlt der Sozialhilfeträger die Unterkunftskosten für die Familie Weinheim. Maßgeblich für die Belastungsgrenze der gesamten Bedarfsgemeinschaft (bestehend aus Vater, Mutter und dem minderjährigen Kind) ist der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes. Die Belastungsgrenze von Herrn Weinheim beträgt somit – sofern er nicht schwerwiegend chronisch krank ist – 2 % des jährlichen Regelsatzes in Höhe von 3.972 €, mithin 79,44 €.*

Bei Sozialhilfeberechtigten, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, ist also nicht das Familienbruttoeinkommen, sondern der Regelsatz des Haushaltsvorstandes für die Ermittlung der Belastungsgrenze maßgeblich. Außerdem können die im Beispiel 6 c) dargestellten Freibeträge nicht in Abzug gebracht werden.

**e) Der Versicherte lebt mit Angehörigen zusammen und bezieht Sozialhilfe (2. Variante: Keine Bedarfsgemeinschaft)**

Bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) beziehen und die zusammen mit Angehörigen in einem Haushalt leben, mit denen sie keine Bedarfsgemeinschaft bilden, gelten für die Ermittlung der Belastungsgrenze die Ausführungen im Beispiel 6 c). Relevant sind diese Ausführungen ferner für Versicherte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem

Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) erhalten und mit Angehörigen zusammen leben.

**Beispiel:**

Der 20-jährige Gunther Gausmann ist schwerwiegend chronisch krank und lebt mit seinen Eltern in einer gemeinsamen Wohnung in Hessen. (Anmerkung: Zwischen den Eltern und ihrem Sohn besteht keine so genannte Bedarfsgemeinschaft, weil der Sohn volljährig ist). Gunther Gausmann ist über seinen Vater familienversichert und bezieht wegen voller Erwerbsminderung Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII in Höhe von monatlich 500 €. Da der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes in den alten Bundesländern 345 € beträgt, ist für Gunther Gausmann ein Bruttoeinkommen in Höhe von 4.140 € (345 € x 12 Monate) zugrunde zu legen. Der Vater von Herrn Gausmann verfügt über ein jährliches Bruttoeinkommen von 22.000 €. Die Mutter hat kein eigenes Einkommen.

Die Belastungsgrenzen der Familienangehörigen errechnen sich wie folgt:

**1.) Gunther Gausmann**

Familienbruttoeinkommen:	26.140 €
abzüglich Freibeträge:	
Vater	- 4.347 €
Mutter	- 2.898 €

---

„Bereinigtes“ Familienbruttoeinkommen: 18.895 €

Da Gunther Gausmann unter einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet, gilt für ihn eine Belastungsgrenze in Höhe von 1 % des bereinigten Familienbruttoeinkommens. Seine Belastungsgrenze beträgt somit 188,95 €.

**2.) Vater bzw. Mutter Gausmann**

Familienbruttoeinkommen:	26.140 €
abzüglich Freibeträge:	
Ehefrau bzw. Ehemann	- 4.347 €
Kind	- 3.684 €

---

„Bereinigtes“ Familienbruttoeinkommen: 18.109 €

Da die niedrigere Belastungsgrenze von 1% des Bruttoeinkommens für den gesamten Familienhaushalt gilt, wenn mindestens eine Person (hier: der Sohn Gunther Gausmann) wegen derselben schwerwiegenden chronischen Erkrankung in Dauerbehandlung ist, beträgt die Belastungsgrenze der Mutter und des Vaters von Herrn Gausmann 181,09 €.

Für das Erreichen der Belastungsgrenze kommt es nun - wie bereits im Beispiel 6 c) dargestellt wurde - nicht allein auf die Zuzahlungen an, die der Versicherte geleistet

hat. Vielmehr werden die Zuzahlungen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen jeweils zusammengerechnet.

**Beispiel:**

*Gunther Gausmann muss im Januar 2005 für zwei Wochen ins Krankenhaus (Zuzahlung: 140 €). Seinem Vater werden im Februar diverse Medikamente verschrieben (Zuzahlung: 35 €). Seine Mutter muss im März zum Zahnarzt (Zuzahlung (Praxisgebühr): 10 €).*

*Die Gesamtsumme der von allen Familienangehörigen geleisteten Zuzahlungen beträgt 185 €. Damit ist die Belastungsgrenze der Eltern von Gunther Gausmann (181,09 €) erreicht. Sie können sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Die Belastungsgrenze von Gunther Gausmann (188,95 €) ist noch nicht erreicht. Eine Befreiung kommt für ihn (noch) nicht in Betracht.*

*Im April wird Gunther Gausmann ein Medikament verordnet (Zuzahlung: 5 €.) Die Gesamtsumme der von allen Familienangehörigen geleisteten Zuzahlungen beträgt mittlerweile 190 € (185 € aus dem ersten Quartal 2005 und 5 € aus dem zweiten Quartal 2005). Damit ist nun auch für Gunther Gausmann die Belastungsgrenze (188,95 €) erreicht. Er kann sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.*

**7.) Wie kann man gegenüber der Krankenkasse nachweisen, dass die Belastungsgrenze erreicht ist?**

Seit dem 1. Januar 2004 müssen Belege und Quittungen über die geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden, damit das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen werden kann. Die Krankenkasse verlangt Zuzahlungsbelege, aus denen

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
- die Art der Leistung (z.B. Arznei- oder Hilfsmittel),
- der Zuzahlungsbetrag
- das Datum der Abgabe und
- die abgebende Stelle (z.B. Stempel der Apotheke)

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

Im Rahmen der Befreiungsregelung werden alle gesetzlichen Zuzahlungen (wie z.B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, Praxisgebühr usw.) berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden dagegen Kosten, die dadurch entstehen, dass

- Arzneimittel oder Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
- aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,

- Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (zum Beispiel Brillen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente, siehe dazu Teil 1 des Merkblatts),
- Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z.B. orthopädische Schuhe), erhoben werden sowie
- Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen werden.

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Eigenanteile zu Zahnersatz und bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung können anders als bisher nicht mehr auf die Belastungsgrenze angerechnet werden. Eine Berücksichtigung ist auch hier nur für den gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungsbetrag möglich.

Ist die Belastungsgrenze erreicht, stellt die Krankenkasse dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung von den Zuzahlungen aus. Die Bescheinigung darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

#### **Stand: 27. September 2005**

*Der Inhalt des Merkblattes wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Die Autorin kann deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen übernehmen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.*

Katja Kruse, Referentin für Sozialrecht

**Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich ausschließlich über Spenden, Mitgliedsbeiträge und öffentliche Zuschüsse finanziert. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch eine Spende unterstützen. Unser Spendenkonto lautet:**

**Spendenkonto: Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte  
Konto-Nr.: 7034203; BLZ: 37020500  
Bank für Sozialwirtschaft**