



Alles frei?

Zuzahlungen und Befreiungen
in der gesetzlichen
Krankenversicherung



„Wenn ich krank bin, brauche ich nichts zu bezahlen. Ich bin gesetzlich versichert. Ich gehe zum Arzt. Er hilft mir ohne weitere Zahlungen.“

Ganz so ist es leider seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr. Auch vorher gab es schon verschiedene Zuzahlungen, die jetzt erhöht und verändert worden sind, andere Zuzahlungen gab es bisher noch nicht, die jetzt hinzugekommen sind. Aber nach wie vor zahlen Sie nur Anteile, oft symbolischer Art. Im Übrigen legen Sie Ihre Krankenversicherungskarte oder den Überweisungsschein vor und der Arzt behandelt Sie. Eine Rechnung dafür erhalten Sie nicht, sondern der Arzt rechnet später mit Ihrer Krankenkasse bzw. dazu beauftragten Stellen (der Kassenärztlichen/ Kassenzahnärztlichen Vereinigung) ab. Allerdings haben Sie die Möglichkeit, eine Information darüber zu erhalten, was der Arzt mit Ihrer Krankenkasse über diese Vereinigung abgerechnet hat. Diese Information können Sie bei Ihrem Arzt erbitten, wenn das Quartal beendet ist (sogenannte „Patientenquittung“). Sie kostet € 1,- bzw. € 1,55, wenn Sie sie sich per Post zusenden lassen.

Wenn im Weiteren von „Arzt“ geredet wird, dann sollten Sie bitten den Zahnarzt und auch den Psychotherapeuten mit im Blick haben. Auch bei ihnen liegen die Dinge ähnlich wie im ärztlichen Bereich, was Zuzahlungen und Befreiungen angeht. Zuzahlungen entstehen an den verschiedensten

Stellen beim Arzt oder nach dem Besuch des Arztes,

- wenn sie erstmals im Quartal einen Arzt aufsuchen,
- wenn Sie Medikamente erhalten,
- oder wenn Ihnen Krankengymnastik verordnet wird,
- wenn Ihnen ein Hörgerät verordnet wird,
- aber auch, wenn Sie ins Krankenhaus müssen oder zur Kur fahren.

Überall müssen Sie etwas dazu bezahlen. Aber natürlich: das kann nicht unendlich so gehen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie befreit werden. All dies, wo Sie etwas zuzahlen müssen und wie sie befreit werden können, möchten wir Ihnen im Folgenden erläutern.

■ 1. Zuzahlungen

Im fünften Buch des Sozialgesetzbuches wird geregelt, wofür Sie Zuzahlungen zu leisten haben.

Sie zahlen zu für:

- den Besuch beim Arzt (Praxisgebühr),
- für Arznei- und Verbandmittel (z.B. Ihr Blutdruckmedikament),
- für Heilmittel (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Logopädie, usw.),
- für Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Hörgerät)
- Krankentransporte,
- Krankenhausaufenthalte,
- Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen.



Bei manchen Maßnahmen zahlen Sie seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr zu, sondern müssen diese Dinge ganz selbst bezahlen:

- Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind (z. B. Schmerzmittel wie Asperin)
- Sehhilfen und Brillen,
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung¹.

Anderes ist entweder ganz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen (Sterbegeldzuschuß, Entbindungsgeld, Kosten der Sterilisation) oder es wird nur noch reduziert von der Krankenkasse getragen (künstliche Befruchtung).

Natürlich gibt es auch Ausnahmen, z. B. für Kinder unter 12 bzw. 18 Lebensjahren oder für Menschen, die unzumutbar belastet wären oder die chronisch erkrankt sind. Darüber wollen wir Sie in dieser Broschüre ebenfalls informieren.

Noch anders sind die Fragen des Zahnersatzes geregelt, so dass wir in dieser Broschüre darauf nicht eingehen.

Wo und wann muß gezahlt werden?

Wir wollen die verschiedenen Bereiche durchgehen. Immer häufiger werden Sie bemerken, daß man nicht eindeutig sagen kann: wieviel, sondern daß man rechnen muß. Was kostet es insgesamt, wieviel Prozent davon muß ich selbst zahlen, was kommt dann dabei heraus? Was muß ich maximal, was muß ich aber auch mindestens zahlen?

Arztbesuch

Diese Zahlung ist neu. Pro Quartal zahlen Sie € 10,- bei dem ersten Arzt und Zahnarzt, den Sie aufsuchen. Wenn Sie dann weiter überwiesen werden, zahlen Sie bei den Ärzten, zu denen Sie geschickt werden, nichts. Wenn Sie aber einen Arzt von sich aus ohne Überweisung aufsuchen, obwohl Sie bei einem anderen bereits Ihre Praxisgebühr bezahlt haben, bezahlen Sie bei diesem Arzt noch einmal die Praxisgebühr. Es gilt also: höchstens müssen Sie € 20,- (bzw. € 30,-, wenn noch der Besuch eines Notdienstes hinzukommt) im Quartal bezahlen², wenn Sie ansonsten weiter überwiesen werden. Wer ohne Überweisung Ärzte/ Zahnärzte aufsucht, zahlt bei jedem Arzt/Zahnarzt/Psychotherapeuten neu. Es gibt bei der Praxisgebühr keine Vorschrift, daß Sie einen bestimmten Arzt als ersten aufzusuchen hätten. Jeder Arzt, den Sie als erstes aufgesucht hatten, kann Sie zu anderen Ärzten weiter überweisen, wenn

¹ Ausnahmen sind in seltenen Fällen möglich, siehe weiter unten.



er es auf Grund seiner medizinischen Einschätzung für sinnvoll hält³.

Zwar möchte der Gesetzgeber durch diese Praxisgebühr die Zahl der Arztkontakte begrenzen, aber nach wie vor kann jeder gesetzlich Versicherte mit seiner Krankenversicherungskarte auch einen Arzt auf eigenen Wunsch z. B. zu einer Zweitmeinung aufsuchen. Die Praxisgebühr über € 10,- wird dann zwar fällig, weil Sie auf eigenen Wunsch und ohne Überweisung kommen, aber alles andere an der Beratung und Behandlung bezahlt die Krankenkasse wie bei jedem anderen Arztbesuch auch.

Keine Praxisgebühr müssen Sie zahlen, wenn Sie nur zu einem Kontrollbesuch beim Zahnarzt (Bonus), einem Vorsorge- oder Früherkennungstermin beim Arzt oder zu einer Schutzimpfung gekommen sind. Allerdings: wenn mehr gemacht wird⁴, wird doch die Praxisgebühr fällig, wenn es der erste Besuch im Quartal ist oder wenn keine Überweisung vorliegt. Keine Praxisgebühr zahlen **Kinder und Jugendliche**, wenn Sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Eine Besonderheit ist der **Notdienst**. Hierher kommen Sie im Allgemeinen nicht mit einer Überweisung. Darum ist hier die Gebühr von € 10,- zu zahlen, obwohl Sie sie vielleicht bereits bei Ihrem eigenen Arzt in diesem Quartal gezahlt haben. Diese Zahlung der Praxisgebühr für einen Notdienst (nicht nur beim

geregelten ärztlichen Notdienst, sondern auch bei ambulanten Notversorgungen z.B. in einem Krankenhaus) gilt für jede weitere Inanspruchnahme eines Notdienstes desselben Quartals und wird durch Vorlage der Quittung über die Zahlung der Praxisgebühr beim Notdienst nachgewiesen.

² € 10,- für einen Arzt bzw. Psychotherapeuten, € 10,- für einen Zahnarzt

³ Allerdings können Ärzte nicht zu Zahnärzten und umgekehrt überweisen, Zahnärzte nicht zu Ärzten und Psychotherapeuten. Psychotherapeuten dürfen überhaupt nicht überweisen, aber ihre Quittung für die Praxisgebühr wird beim Arzt (nicht beim Zahnarzt) wie eine Überweisung anerkannt.

⁴ Als „mehr“ darf man wohl nicht das einfache Gespräch (Information) über die Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchung ansehen, aber schon ein gründliches Gespräch zu einem weiteren Vorgehen.



Medikamente/Arzneimittel

Hier wird es etwas schwieriger als bisher. Sie bezahlen mindestens € 5,- für ein Arzneimittel, höchstens € 10,-, ansonsten 10% des Preises des Mittels. Wenn ein Arzneimittel billiger ist als € 5,-, zahlen Sie nur seinen tatsächlichen Preis. Nehmen wir einige Beispiele:

Ein Mittel kostet € 3,50,-. Sie bezahlen auch € 3,50,-, da der Preis unter der unteren Zuzahlungsmarke von € 5,- liegt. Da aber ab 1.1.2004 auch die Apothekenpreise verändert worden sind, gibt es praktisch keine rezeptpflichtigen Medikamente mehr, die weniger als € 5,- kosten.

Ein Medikament kostet zwischen € 5,- und € 49,99. Sie müßten jeweils 10% dieses Betrags bezahlen. Aber auch von € 49,- sind 10% noch weniger als € 5,-. Darum bezahlen Sie für diese Medikamente einheitlich den Mindestbetrag von € 5,- dazu.

Ein Medikament kostet zwischen € 50,- und € 100,-. Sie zahlen 10% seines Preises, also z.B. für ein Medikament mit dem Preis von € 75,- zahlen Sie € 7,50 zu. € 10,- ist der höchste Zuzahlungsbetrag pro Medikament. Also zahlen Sie für alle Medikamente, die € 100,- und mehr kosten einheitlich € 10,- zu.

Allerdings: es gibt Medikamente, die müssen Sie jetzt völlig selbst bezahlen. Die Krankenkasse zahlt sie überhaupt nicht mehr. Diese Medikamente sind **nicht verschreibungspflichtig**, wie z. B. leichtere Schmerz-

mittel (Asperin, ASS, Paracetamol, usw.). Ihr Arzt darf Ihnen diese Medikamente auf ein Kassenrezept nicht mehr aufschreiben. Er wird Ihnen ein Privatrezept geben oder Ihnen das Medikament einfach nennen, wenn er Ihnen empfiehlt, es einzunehmen.

Keine Regel ohne Ausnahme: Auch solche Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, darf ein Arzt verschreiben, wenn sie zur Standardbehandlung einer bestimmten Erkrankung gehören. So wird ein Arzt z.B. ASS aufschreiben, wenn eine blutverdünnde Therapie (z. B. bei Herzproblemen) nötig ist⁵.

Eine weitere Ausnahme betrifft Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Ihnen können nicht verschreibungspflichtige Medikamente auf Kassenkosten für alle Krankheiten verordnet werden, wo sie medizinisch angezeigt sind.

⁵ Die dafür nötige Richtlinie (Arzneimittelrichtlinie Abschnitt F) ist im März 2004 erstellt worden und gilt ab 1.4.2004.



Verbandmittel

Auch für Verbandmittel gilt die Regel, die für Arzneimittel galt: Unter € 5,- zahlen Sie den tatsächlichen Preis, bis € 49,99 zahlen Sie € 5,-, bis € 100,- zahlen Sie 10% des Preises und über € 100,- zahlen Sie € 10,-.

Heilmittel

Heilmittel sind etwas anderes als Arzneimittel bzw. Medikamente. Es handelt sich um physikalische Therapie (z. B. Krankengymnastik), um Logopädie (Stimm-, Sprach-, Sprechtherapie) oder um Ergotherapie. Hier müssen Sie zunächst für jedes Rezept eine **Rezeptgebühr** von € 10,- beim Therapeuten zahlen (nicht zu verwechseln mit der Praxisgebühr beim Arzt). Zusätzlich zahlen Sie 10% der Kosten der Verordnung, also z. B. 10% der Kosten für jede Massage. Die Höhe der Kosten kann sich von Quartal zu Quartal verändern. Rechtzeitig vor einem neuen Quartal teilen die Krankenkassen den Leistungserbringern (z.B. Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten) mit, wie die entsprechenden Kosten für das nächste Quartal festgesetzt werden, von denen Sie dann 10% zu tragen haben; die anderen 90% zahlt die Krankenkasse⁶.

⁶ Die Verordnung erfolgt auf Grund der Heilmittelrichtlinie durch den Arzt. Diese Richtlinie ist zum 1.7.2004 verändert worden. Diese Änderungen betreffen aber nicht die Zuzahlungen, sondern die Frage wann und wie ein Heilmittel und wieviel von einem Heilmittel verschrieben werden darf.

Ein Beispiel: Sie erhalten von ihrem Arzt ein Rezept über sechs Massagen. Der Vertragsatz für eine Massage beträgt € 9,-. Sie zahlen als erstes eine Rezeptgebühr von € 10,- und weiter jeweils 10% der Therapiekosten, also $6 \times € 0,90 = € 5,40$. Zusammen macht das für diese Verordnung € 15,40.

Häusliche Krankenpflege

Auch hier zahlen Sie zunächst eine **Rezeptgebühr** von € 10,-. Zusätzlich aber für maximal 28 Tage 10% der Kosten der häuslichen Pflege, also z.B. der Kosten, die ein Pflegedienst mit Ihrer Krankenkasse vereinbart hat und abrechnet.

Übrigens: die leidige Frage der Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe ist ab 2004 geklärt. Die Kosten werden ab Kompressionsklasse II von der Krankenkasse übernommen (und gehen damit nicht mehr zu Lasten des Pflegegeldes bei Menschen, denen eine Pflegestufe zuerkannt wurde). Aber: natürlich gelten die genannten Zuzahlungen, weil auch die Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe ein Leistung der häuslichen Krankenpflege ist, und natürlich wird eine ärztliche Verordnung benötigt.

Hilfsmittel

Noch wieder etwas anderes als Arzneimittel und Heilmittel sind Hilfsmittel. Die Gehhilfen nach einem Beinbruch gehören dazu, aber auch ein Hörgerät, ein Rollstuhl, usw.. Hier gilt als Regel diejenige, die zu



den Arzneimittel genannt wurde, also mindestens € 5,- und höchstens € 10,-, ansonsten 10% des Preises.

Für **Sehhilfen und Brillen** zahlt die Krankenkasse nichts mehr. Das heißt, Sie zahlen nicht zu, sondern Sie zahlen den gesamten Betrag und können von dieser Zahlung auch nicht befreit werden.

Ausnahmen gelten hier aber wieder für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für Patienten mit besonderen Augenerkrankungen.

Bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, wie z. B. Windeln und anderen Inkontinenzartikeln, muß der Patient 10% zuzahlen, allerdings höchstens € 10,- pro Monat.

Für viele Hilfsmittel wie z. B. für Hörgeräte oder Einlagen sind **Festbeträge** bestimmt worden. Das bedeutet für Patienten, daß sie nicht nur die Zuzahlungen zu leisten haben (meist den Höchstbetrag von € 10,-), sondern auch die Kosten, um die z. B. das Hörgerät tatsächlich teurer ist als der Festbetrag. Hier lohnt es sich, danach zu fragen, wer zum Festpreis liefert.

Nehmen wir ein Beispiel. Sie sollen ein Hörgerät bekommen. Als Festbetrag ist festgesetzt € 400,-. Tatsächlich wählen Sie aber zusammen mit Ihrem HNO-Arzt und Hörgeräteakustiker ein Gerät, das € 900,- kostet. Sie haben also zu zahlen: € 10,- als

Zuzahlung und € 500,-, um die das Gerät teurer als der Festbetrag ist, insgesamt also € 510,-.

Haushaltshilfe

Soziotherapie

Unter Haushaltshilfe kann man sich vermutlich etwas vorstellen. Es geht um keine Pflege, sondern um die Führung des Haushalts, die unter bestimmten Umständen durch eine Krankenkasse für eine begrenzte Zeit nach Antrag und Genehmigung (!) übernommen wird. Hier gilt: 10% der Kosten, die pro Kalendertag anfallen, mindestens aber € 5,- und höchstens € 10,- pro Kalendertag.

Unter Soziotherapie ist eine Hilfe für Menschen zu verstehen, die ihre eigene Behandlung nicht mehr selbst übersehen, so z. B. ihre Medikamente nicht regelmäßig und korrekt einnehmen würden. Die Hilfeleistung in Gestalt z. B. eines Pflegedienstes wird wie eine Haushaltshilfe pro Kalendertag mit 10% der Kosten, mindestens € 5,-, aber maximal € 10,- Zuzahlung bewertet (wenn die Kosten unter € 5,- liegen sollten, werden nur die tatsächlichen Kosten fällig). Haushaltshilfe und Soziotherapie müssen ärztlich verordnet sein und von der Krankenkasse vorher genehmigt werden.



Krankenhausaufenthalt

Stationäre Vorsorge

Stationäre Rehabilitation

Für 28 Tage im Jahr müssen Sie sich an den Kosten mit € 10,- pro Tag beteiligen. Sollten Sie in einem Jahr sowohl im Krankenhaus und als auch in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung sein, müssen Sie jeweils für 28 Tage diese € 10,- täglich zahlen, also für insgesamt 56 Tage. Nur bei einer Anschlußheilbehandlung entfällt nach dem Krankenhausaufenthalt über den 28. Tag hinaus die Zahlung (die Anschlußheilbehandlung wird also bei der Zuzahlung wie eine Krankenhausbehandlung gewertet und nicht wie eine Rehabilitationsbehandlung).

Für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gilt aber auch, daß Sie diese Maßnahmen nach der Verordnung durch den Arzt erst bei Ihrer Krankenkasse oder Ihrem Rentenversicherungsträger (je nach Zuständigkeit) genehmigen lassen müssen, ehe Sie die „Kur“ antreten.

Neu ist seit dem 1.1.2004, dass die Befreiung auch für diese Zahlung gilt und auch diese Beträge mit herangezogen werden, um die Belastung mit mehr als 1% bzw. 2% des Einkommens (siehe unter Befreiung) zu errechnen.

Fahrtkosten

Hier wird unterschieden zwischen Fahrten zu und von einer ambulanten Behandlung und Fahrten zu oder von einer stationären Behandlung.

Für Fahrten zu oder von einer stationären Behandlung kommt die Krankenkasse auf, aber grundsätzlich nicht mehr für Fahrten zu ambulanten Maßnahmen (Arztbesuch, aber auch ambulante Behandlung in einem Krankenhaus oder bei Heilmittelerbringern).

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen legt für den ambulanten Bereich Ausnahmen fest,

in denen dennoch die Fahrtkosten von der Krankenkasse getragen werden. Als solche Ausnahmen gelten zur Zeit die Eintragungen der Kennzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind), „H“ (hilflos) im Schwerbehindertenausweis oder Pflegestufe II oder III. Weiter gibt es noch eine Möglichkeit für außergewöhnlich erkrankte Menschen, wo eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. In jedem Fall muß die Krankenkasse in diesen Fällen vorher eine Genehmigung aussprechen.

Zuzahlen müssen Sie bei allen Transporten (zu stationärer Behandlung oder bei den Ausnahmetransporten zur ambulanten Behandlung) 10% der Kosten, mindestens € 5,-, 10% der tatsächlichen Kosten und höchstens € 10,-.

Bei allem gilt: Der Arzt muß die oben genannten Maßnahmen (außer den Besuch beim Arzt selbst) für medizinisch notwendig halten und hat sie Ihnen verordnet. Ohne ärztliche Verordnung zahlen Sie die gesamten Kosten selbst - beispielsweise eine



Massage oder Gehhilfen. Neben den rezeptfreien Arzneimitteln sind auch Arzneimittel gegen Erkältungs- und Reisekrankheit oder Abführmittel generell selbst zu zahlen. Die Krankenkasse kommt für die Kosten dieser Mittel nicht auf.

■ 2. Befreiung

Was passiert, wenn Menschen diese verschiedenen Zuzahlungen nicht leisten können? Es gibt die Möglichkeit, von vielen dieser Zuzahlungen befreit zu werden. Allerdings: befreit wird nur von Zuzahlungen. Wo die Krankenkasse die Leistung selbst nicht mehr erbringt wie z. B. bei Sehhilfen oder rezeptfreien Medikamenten, zahlt sie auch trotz Befreiung die Sehhilfe oder dieses Medikament nicht. Die Ausgaben für diese Arzneimittel oder die Brille können auch nicht als Zuzahlung mit eingerechnet werden, um die Belastungsgrenze zu errechnen. Und eine Befreiung bedeutet auch nicht, daß der Arzt jetzt alles verordnen dürfte. Nach wie vor muß die Verordnung medizinisch begründet sein. Nur dann darf der Arzt verordnen und zahlt die Krankenkasse für diejenigen, die befreit sind, die entsprechende Leistung ohne Zuzahlung voll.

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind generell von Zuzahlungen befreit. Für sie sind sogar Zuschüsse auch für Brillen und Sehhilfen vorgesehen, die ab dem 18. Lebens-

jahr von der Krankenkasse gar nicht mehr bezahlt werden. Ebenso können Kinder bis zum 12. Lebensjahr oder entwicklungsgestörte Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr rezeptfreie Medikamente als Kassenleistung verordnet bekommen.

Befreit wird, wer nachweist, daß er im Jahr **mehr als 2% des Familieneinkommens** für Zuzahlungen (Medikamente, Arztbesuche, Heilmittel, Hilfsmittel, usw.) ausgibt, von den weiteren Kosten in diesem Jahr. Daher sollte man die Quittungen für Zuzahlungen sammeln bzw. in einem entsprechenden Ausgabenheft (erhält man von manchen Apotheken und Krankenkasse) sich quittieren lassen. Die Quittungen müssen den Namen desjenigen enthalten, für den sie ausgestellt wurden, und natürlich das Datum neben dem Hinweis, um welche Zuzahlung es sich handelt.

Menschen, die **chronisch krank** sind, werden bereits befreit, wenn Sie **mehr als 1% ihres Familieneinkommens** für Zuzahlungen ausgeben müssen. Hier ist es nötig, nicht nur die Quittungen zu sammeln, sondern es müssen weitere Bedingungen erfüllt sein. Die Erkrankung muß „schwerwiegend“ sein. Als schwerwiegend gilt sie, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind.

Die **erste Bedingung** heißt: mindestens einmal im Quartal ist im vergangenen Jahr der Arzt wegen dieser Krankheit aufgesucht worden. Sie müssen sich



dieses von dem oder den Ärzten entsprechend auf einem Formular (erhältlich bei Ihrer Krankenkasse) bescheinigen lassen.

Als **zweite Bedingung** muß eine der folgenden Tatsachen erfüllt sein:

- man ist in die Pflegestufe II oder III eingestuft oder
- man hat u.a. wegen dieser chronischen Krankheit einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% (beim Versorgungsamt nach dem Schwerbehindertengesetz zu beantragen) oder
- man hat eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% (wird von den Rentenversicherern im Rahmen eines Rentenverfahrens festgestellt oder durch die Berufsgenossenschaft/Unfallversicherungsträger) oder
- der Arzt bescheinigt, daß eine kontinuierliche medizinische Versorgung (durch ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Krankenkassen lassen sich die regelmäßige ärztliche Behandlung im Vorjahr und ggf. die notwendige kontinuierliche medizinische Behandlung auf einem

Formblatt (Antrag) vom Arzt bescheinigen. Diese Bescheinigung muß dann ggf. mit dem Nachweis der Pflegestufe oder dem Grad der Behinderung (Bewilligungsbescheid) oder dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit der Krankenkasse vorgelegt werden.

Bei Familien und Alleinerziehenden wird bei der Berechnung des Einkommens mit Kinderfreibeträgen (erhöht auf € 3648,-pro Jahr) noch einmal zusätzlich Rücksicht genommen, außerdem wird für die zweite und jede weitere im gemeinsamen Haushalt lebende Person (wenn es sich nicht um Kinder handelt) ein Freibetrag abgezogen, so daß dann das errechnete Jahresbruttoeinkommen niedriger ist als die Beträge, die real auf dem eigenen Konto ein kommen. Zum Einkommen zählen allerdings auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen, Betriebsrenten usw. neben dem monatlichen Arbeitseinkommen. Bei Sozialhilfeempfängern gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstandes als Berechnungsgrundlage, um herauszufinden ob 1% oder 2% Zuzahlungen überschritten werden.

Wichtig ist: Sie müssen selbst darauf achten, ob Sie die Grenzen von 1% oder 2% überschreiten. Die Krankenkasse weiß es nicht und kann Sie daher auch nicht darüber informieren. Und weiter ist wichtig: auch befreite Personen müssen pro Jahr die 1% bzw. 2% Zuzahlung erst einmal leisten. Die Befreiung gilt erst, wenn diese Summe überschritten wird. Darum ist die Befreiung auch jährlich neu zu beantragen,



wenn feststeht, daß die Grenze (1% oder 2%) erneut überschritten worden ist.

Für **Heimbewohner**, die selbst nur noch ein Taschengeld erhalten, gibt es eine Sonderregelung zur Befreiung. Der vermutliche Zuzahlungsbetrag wird in gleichen Summen vom monatlichen Taschengeld abgezogen; dafür erfolgt die Befreiung bereits ab ersten Januar (es sind also überhaupt keine Zuzahlungen mehr zu leisten).

Sozialhilfeempfänger sind seit 1.1.2004 in einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern, so daß ihre Behandlung nicht mehr über die Krankenhilfe des Sozialamtes abgerechnet wird, sondern wie für alle anderen Versicherten über die Krankenkasse. Damit unterliegen Sozialhilfeempfänger auch allen Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, also den Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen, und müssen zunächst Zahlungen leisten, ehe sie einen Antrag auf Befreiung für das laufende Jahr stellen können.

Für Sozialhilfeempfänger (aber auch für Menschen mit sehr geringem Einkommen) ist daneben besonders einschneidend, daß die weggefallenen Leistungen (z.B. Brillen oder rezeptfreie Medikamente) von der Sozialhilfe (oder dem eigenen geringen Einkommen) zu zahlen sind, ohne daß diese Belastungen bei Festsetzung der Regelsätze der Sozialhilfe z.B. bereits bekannt waren.

In dieser Broschüre gehen wir auf weitere Neuerungen des Krankenversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch V) nicht ein.

Krankenkassen können einen Bonus ausloben, sie können Selbstbehalte und Kostenerstattung mit ihren Versicherten verabreden. Jede Krankenkasse darf hier im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften eigene Vorschriften in ihre Satzung aufnehmen.

Stand: Januar 2006

So erreichen Sie uns:

kontakt@patientenberatung-bremen.de

www.patientenberatung-bremen.de

In Bremen



0421-34 77 374

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Richard-Wagner-Straße 1a, 28209 Bremen

Rollstuhlgerechter Zugang

Tel. 0421-34 77 374

Fax 0421-34 77 399

Persönliche und telefonische Beratung in Bremen

montags, dienstags, mittwochs: 9.00-15.00 Uhr

donnerstags: 14.00-19.00 Uhr

freitags: 9.00-13.00 Uhr

Straßenbahn Linien 1, 4 und 5, Haltestelle „Parkstraße“

In Bremerhaven



0471-48 33 999

Unabhängige Patientenberatung Bremen

Kurfürstenstraße 4, 27568 Bremerhaven

Tel. 0471-48 33 999

Fax über Bremen 0421-34 77 399

Telefonische Beratung in Bremerhaven

montags, dienstags, mittwochs: 9.00-15.00 Uhr

donnerstags: 14.00-19.00 Uhr

freitags: 9.00-13.00 Uhr

Persönliche Beratung in Bremerhaven

Kurfürstenstraße 4, 27568 Bremerhaven

dienstags 11.00-16.00 Uhr

Buslinien 502, 508 und 509,

Haltestelle „Freigebiet/ Arbeitsamt“ stadtauswärts bzw.

„Am Lehester Tor“ stadteinwärts.