



Landeswohlfahrtsverband Hessen
34112 Kassel oder Ständeplatz 6 - 10 • 34117 Kassel

An alle Träger,
deren Einrichtungen
im Bundesland Hessen
vom LWV Hessen mit Empfängern
von Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge
belegt werden

Magistrat der kreisfreien Stadt
Kreisausschuss des Landkreises
- örtliche Träger der Sozialhilfe/
Kriegsopferfürsorge -

im Lande Hessen

Nachrichtlich:

An alle
überörtlichen Sozialhilfeträger

im Bundesgebiet

Der Verwaltungsausschuss

Fachlicher Service BSHG

Datum	3. Dez. 2003/wd
Auskunft erteilt	Herr Heinemann
Telefon-Durchwahl	0561/1004-2254
Telefax-Durchwahl	0561/1004-2776
E-Mail-Adresse	neidhard.heinemann@ lwv-hessen.de
Zimmer-Nr.	408
Besucheranschrift	Kurfürstenstraße 7
Geschäftszeichen	201.2. - 200.04 203..00

48Heinemann3 RD

Rundschreiben 20 Nr. 5/2003

Auswirkungen des "Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz - GMG)" auf die in Einrichtungen lebenden Sozialhilfeempfänger, die entweder gesetzlich oder im Rahmen einer freiwilligen Versicherung Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem zum 01.01.2004 in Kraft tretenden GKV Modernisierungsgesetz sind zum Teil gravierende Änderungen auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen eingetreten, die entweder gesetzlich oder im Rahmen einer freiwilligen Versicherung Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Diese betreffen insbesondere den gesamten Bereich der Zuzahlungen.



Wir haben daher diese Personen mit einem persönlichen Anschreiben über die sie betreffenden wesentlichen Änderungen informiert und übersenden Ihnen mit diesem Rundschreiben einige Musterexemplare zu Ihrer Unterrichtung. Wir haben die Informationsschreiben an Ihre HeimbewohnerInnen mit gleicher Post abgesandt und bitten Sie, die Schreiben, die an die Postanschrift Ihrer Einrichtung gehen, an die HE weiterzuleiten.

Sollte aus irgendeinem Grund ein Bewohner Ihrer Einrichtung keine Information erhalten haben, bitten wir Sie um entsprechende Rückmeldung. Wir werden dies sodann nachholen.

Wir sind uns bewusst, dass in vielen Fällen durch die Zuzahlungspflicht eine besondere Härte für einzelne Betroffene entsteht, müssen jedoch gleichzeitig darauf hinweisen, dass wir mit den neuen gesetzlichen Regelungen keinerlei Möglichkeiten mehr haben, als Sozialhilfeträger einzutreten, weil nunmehr keine Rechtsgrundlage für einen Anspruch gegeben ist..

Eine Information über die Modalitäten zur Aufnahme der Personen in die gesetzliche Krankenversicherung, für die wir z. Z. die Krankenhilfe im Rahmen der Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes gewähren, wird in Kürze nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage:



(Daume)



Landeswohlfahrtsverband Hessen
34112 Kassel oder Ständeplatz 6 - 10 · 34117 Kassel

Der Verwaltungsausschuss

Fachlicher Service BSHG

Herrn/Frau

Datum	. November 2003/St
Auskunft erteilt	Herr Heinemann
Telefon-Durchwahl	1004-2254
Telefax-Durchwahl	1004-2776
E-Mail-Adresse	neidhard.heineman@lwv-hessen.de
Zimmer-Nr.	408
Besucheranschrift	Kurfürstenstraße 7
Geschäftszeichen	201.2-200.500

☐ 47HEI01

Information

über das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)

Mit Inkrafttreten des o. g. Gesetzes zum 01.01.2004 ergeben sich im Bereich der Zuzahlungen erhebliche Änderungen, die auch Sozialhilfeempfänger betreffen, die entweder gesetzlich oder im Rahmen einer freiwilligen Versicherung Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Die bisherige vollständige Befreiung von Zuzahlungen wird ab 01.01.2004 aufgehoben. Auch **Sozialhilfeempfänger/innen müssen Zuzahlungen bis zu einer bestimmten Belastungsgrenze¹ leisten**, für deren Erstattung bzw. Übernahme durch den Sozialhilfeträger keine Rechtsgrundlage mehr besteht. Der Gesetzgeber hat durch eine Änderung der Regelsatzverordnung (Artikel 29 GMG) festgelegt, dass nunmehr auch die Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und sonstiger Hilfen aus dem Regelsatz bestritten werden müssen. Hierunter fallen auch die Zuzahlungen nach dem GMG. **Sie müssen nach dem Willen des Gesetzgebers aus dem Barbetrag heraus finanziert werden**, weil der Barbetrag sich aus dem Regelsatz ableitet und für die Aufwendungen des Lebensunterhaltes gewährt wird, die über den Lebensunterhalt in der Einrichtung hinaus gehen. Außerdem hat der Gesetzgeber mit dieser Regelung eine Gleichstellung von Menschen umsetzen wollen, die innerhalb oder außerhalb einer Einrichtung leben.

Diese Zuzahlungsregelungen gelten jedoch nur für Versicherte ab Vollendung des 18. Lebensjahres. **Kinder und Jugendliche sind generell von der Zuzahlung befreit.**

¹ Berechnung siehe Seite 3



Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick über die voraussichtlichen Änderungen, die ab 1.1.2004 eintreten werden. Wir weisen allerdings darauf hin, dass eine endgültige Entscheidung über die dargestellten Sachverhalte Ihre Krankenkasse zu treffen hat. Wir bitten Sie daher, sich sowohl mit Fragen, als auch in allen Zweifelsfällen an Ihre Krankenkasse zu wenden.

→ **Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel**

Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Verbandmitteln und bei Hilfsmitteln müssen Patienten künftig 10 % der Kosten selbst tragen. Die Zuzahlung beträgt mindestens 5,00 €, höchstens jedoch 10,00 € pro Medikament. Sollten die Kosten für ein Medikament im Einzelfall unter der Mindestzuzahlung (5,00 €) liegen, sind selbstverständlich nur die geringeren Kosten zu zahlen.

→ **Praxisgebühr**

Neu eingeführt wird, dass für einen Besuch bei einem Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten ab 2004 eine Praxisgebühr in Höhe von 10,00 € je Quartal zu entrichten ist. Hierbei ist zu beachten, dass Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerenvorsorge, Schutzimpfungen und die jährliche Zahnprophylaxe gebührenfrei sind.

→ **Stationäre Krankenhausbehandlung**

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung wird die Zuzahlung auf 10,00 € pro Behandlungstag festgesetzt. Diese Zuzahlung ist auf höchstens 28 Krankenhausbehandlungstage im Kalenderjahr, d. h. 280,00 € jährlich, beschränkt.

→ **Stationäre Kurmaßnahme**

Bei einer stationären Kurmaßnahme beträgt die Zuzahlung ebenfalls 10,00 € pro Tag, maximal für 28 Tage.

→ **Heilmittel und häusliche Krankenpflege**

Bei Heilmitteln, wie z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie oder Massagen, müssen Patienten 10 % der Kosten zzgl. 10,00 € pro Rezept selbst übernehmen.

→ Fahrtkosten

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung. Auch dann muss der Patient - ebenso wie bei Fahrten zur stationären Behandlung - 10 % der Fahrtkosten zuzahlen, mindestens jedoch 5,00 €, höchstens 10,00 €.

Für Fahrten zu einer stationären Behandlung sind Zuzahlungen in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5,00 €, höchstens 10,00 € zu leisten

→ Zahnersatz

Für das Jahr 2004 gelten die bisherigen Rechtsvorschriften zur Befreiung von Eigenanteilen beim Zahnersatz (§§ 61, 62 (2 a) SGB V) unverändert weiter, so dass ein Anspruch der Patienten auf 100 %ige Kostenübernahme durch die Krankenkasse besteht.

→ Sehhilfen

Die Übernahme von Kosten für eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ist aus dem Leistungskatalog der Krankenkasse herausgenommen. Ausnahmen: Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr und „schwer sehbeeinträchtigte“ Versicherte besteht ein Anspruch auf Versorgung. Wer unter diesen Personenkreis fällt, wird noch geklärt. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

Berechnung der Belastungsgrenzen und Verfahrensregelungen

Als Belastungsgrenze für die gesamten Zuzahlungen (ohne Zahnersatz) wurde eine Höhe von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen festgesetzt; für chronisch Kranke 1 %. Die Feststellung, wer als „chronisch krank“ anzusehen ist, trifft die Krankenkasse.

Für Sozialhilfeempfänger/innen ist als Bruttoeinnahme der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes maßgeblich. Diese Belastungsgrenze beträgt in Hessen ab 01.01.2004 $297,00 \text{ €} \times 12 = 3.564,00 \text{ €}$. 2 % hiervon = 71,28 €, bei chronisch Kranken 1 % = 35,64 € jährlich. (In anderen Bundesländern gelten andere Regelsätze, so dass sich auch die Belastungsgrenze verändert)

Bis zu diesem Betrag sind die o. g. Zuzahlungen zu leisten. Ist der Betrag erreicht, können sie bei ihrer Krankenkasse eine Befreiungsbescheinigung beantragen, die dann allerdings nur für den Rest des lfd. Kalenderjahres Gültigkeit hat.

Im darauf folgenden Jahr beginnt das Verfahren wieder von neuem, d. h. Zuzahlungen sind dann erneut in der zu leistenden Gesamthöhe zu übernehmen. Wenn die Zumutbarkeitsgrenze wiederum erreicht wird, ist auch hierfür wieder für den Rest des Jahres die Befreiung zu beantragen und von der Krankenkasse zu erteilen.

Sollte es diesbezüglich zu Überzahlungen gekommen sein, besteht ein Rückerstattungsanspruch gegenüber der jeweiligen Krankenkasse.

Im Gegensatz zur früheren Regelung gilt die Zumutbarkeitsgrenze für alle Zuzahlungsleistungen, also auch für Zuzahlungen im Krankenhaus.

Ärzte, Apotheker, Therapeuten oder auch Kliniken müssen ihren jeweiligen Patienten Quittungen über die geleisteten Zuzahlungen ausstellen. Einige Krankenkassen bieten auch entsprechende Nachweishefte an, so dass dann keine einzelnen Belege oder Quittungen gesammelt werden müssen. Setzen Sie sich diesbezüglich mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung.

Wir bitten Sie in Ihrem eigenen Interesse die neuen Regelungen strikt zu beachten!

Wir weisen nochmals darauf hin, dass der **Gesetzgeber den Sozialhilfeträgern keine Möglichkeiten mehr eingeräumt hat, Zuzahlungen oder aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichene Leistungen aus Sozialhilfemitteln zu übernehmen!**

Wir bitten Sie, diese Beträge entweder aus dem Barbetrag oder aus dem Schonvermögen zu bestreiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrage:

gez.

(Daume)