

Konkretisierung zu §§ 27b, 28, und 42 SGB XII und §§ 2 und 3 AsylbLG i.V.m. §§ 61, 62 SGB V

Zuzahlungen vom 16.12.2004 (Gz.: SI 223/112.20-0). Stand 01.01.2021.

geändert am 01.01.2021: Ziffer 2. "Belastungsgrenze nach § 62 SGB V" (Geänderte Regelsätze ab 01.01.2021)

Inhaltsverzeichnis

Konkretisierung zu §§ 27b, 28, und 42 SGB XII und §§ 2 und 3 AsylbLG i.V.m. §§ 61, 62 SGB V	1
1. Zuzahlungsbereiche.....	1
2. Belastungsgrenze nach § 62 SGB V	2
Ab 01.01.2021	2
3. Befreiung von den Zuzahlungen.....	3
4. Verfahren.....	3
5. Inkrafttreten	3

Mit der Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) haben auch volljährige Sozialhilfeempfänger wie die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen zu leisten.

Nach den ab dem 1.1.2004 geltenden Zuzahlungs- bzw. Befreiungsregelungen in § 61 SGB V sind auch Personen, die

- Leistungen nach dem SGB XII oder
- nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz erhalten,
- nach § 264 SGB V in der Verwaltung einer Krankenkasse stehen verpflichtet, Zuzahlungen aus dem Regelsatz und bei Bewohnern in Einrichtungen aus dem Barbetrag zu erbringen. Nach § 2 der Regelsatzverordnung sind die Kosten der Gesundheitspflege Bestandteil des Regelsatzes.

1. Zuzahlungsbereiche

Volljährige Hilfeempfänger müssen ab Januar folgende Zuzahlungen erbringen:

- **Arzneimittel, Verbandmittel:**
Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln müssen Patienten künftig 10 % der Kosten selbst tragen. Die Zuzahlung beträgt mindestens 5 €, höchstens jedoch 10 € pro verordnetem Medikament bzw. Verbandmittel. Liegen die entstehenden Kosten unter der Mindestzuzahlung, sind nur die geringeren Kosten zu zahlen.
- **Praxisgebühr:**
Bis 31.12.2012: Für einen Besuch beim Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten ist ab 2004 eine Praxisgebühr von 10 € pro Quartal und volljährigem Mitglied der Bedarfsgemeinschaft zu entrichten. Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerenvorsorge, Schutzimpfungen und die jährliche Zahnprophylaxe sind dagegen gebührenfrei. Bei einem Arztwechsel ist keine weitere Gebühr zu entrichten, wenn eine Überweisung ausgestellt wurde.

Ab 01.01.2013:

Die Praxisgebühr entfällt.

- **Stationäre Krankenhausbehandlung und Kurmaßnahmen:**
Hier wird die Zuzahlung auf 10 € pro Behandlungstag festgesetzt. Die Zuzahlung ist auf höchstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt; die Belastungsgrenze nach § 61 SGB V ist zu beachten.
- **Heilmittel und häusliche Krankenpflege:**
Bei Heilmitteln, wie z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie oder Massagen sowie häuslicher Krankenpflege müssen Patienten 10 % der Kosten zuzüglich 10 € pro Verordnung selbst übernehmen. Die Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege sind auf maximal 28 Tage begrenzt.
- **Hilfsmittel:**
Zu jedem verordneten Hilfsmittel (z.B. Hörgerät, Rollstuhl) nach § 33 SGB V sind 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 und höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels zu zahlen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Ernährungssonden, Windeln bei Inkontinenz) beträgt die Zuzahlung 10 % des Packungspreises, maximal jedoch 10 € pro Monat.
- **Fahrtkosten:**
Fahrten zur ambulanten Behandlung (z.B. Taxifahrten) übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen bei zwingenden medizinischen Gründen und nach vorheriger Genehmigung. Auch dann muss der Patient – ebenso wie bei Fahrten zur stationären Behandlung – 10 % der Fahrtkosten zuzahlen, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €. Die Genehmigung erteilt bei gesetzlich Krankenversicherten und nach § 264 SGB V von der Krankenkasse verwalteten Krankenhilfeberechtigten die jeweilige Krankenkasse. Bei Hilfeempfängern, die Krankenhilfe weiterhin vom Grundsicherungs- und Sozialamt erhalten, trifft diese Entscheidung die Sozialdienststelle. Für Fahrten zu einer stationären Behandlung sind Zuzahlungen in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 € zu leisten.
- **Sehhilfen**
Die Kosten für eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinse) wurden aus dem Leistungskatalog der Krankenkasse herausgenommen. Ausnahmen: Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr und „schwer sehbeeinträchtigte“ Versicherte besteht ein Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit - entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung – auf beiden Augen eine Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht weiter ein Anspruch auf therapeutische Sehhilfen; wer unter diesen Personenkreis fällt, wird noch geklärt.
Mit dem GMG erfolgt die bewusste Gleichstellung von gesetzlich Krankenversicherten und Krankenhilfeberechtigten.

2. Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

Die oben genannten Zuzahlungen sind nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu erbringen. Als Belastungsgrenze für die gesamten Zuzahlungen (ohne Zahnersatz und Kosten für Sehhilfen) gelten 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen. Für **chronisch Kranke** ist die Belastungsgrenze auf 1 % festgesetzt worden. Die Feststellung, ob eine chronische Erkrankung vorliegt, trifft die Krankenkasse. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 SGB V. Soweit Sozialhilfeempfänger auch ab dem 1. Januar 2004 noch Krankenhilfeleistungen direkt vom Grundsicherungs- und Sozialamt erhalten, erfolgt die Entscheidung von dort.

Ab 01.01.2021

Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze einer Bedarfsgemeinschaft ist der Regelbedarf der Regelbedarfsstufe 1. Dieser beträgt in Hamburg ab 01.01.2021 446,00 Euro.

Die **Belastungsgrenze für Leistungsberechtigte** beträgt danach **ab dem 01.01.2021:**

2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen	107,04 Euro
1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen bei chronisch Kranken	53,52 Euro

Bis zu diesem Betrag sind von Sozialhilfeempfängern die Zuzahlungen aus dem Regelsatz bzw. bei Heimbewohnern aus dem Barbetrag zu leisten. Ist der Betrag erreicht, kann eine

Befreiungsbescheinigung bei der Krankenkasse (s. unten) beantragt werden. Bei Vorlage dieser Bescheinigung müssen für das laufende Kalenderjahr keine Zuzahlungen mehr erbracht werden.

3. Befreiung von den Zuzahlungen

Zuständigkeiten:

- Bei Krankenversicherten und Hilfeempfängern, die Krankenhilfe nach § 264 SGB V von der Krankenkasse erhalten, muss der Antrag auf Befreiung bei der Krankenkasse gestellt werden.
- Wird im Einzelfall Krankenhilfe auch nach dem 1. Januar 2004 weiterhin vom Grundsicherungs- und Sozialamt gewährt, ist der Antrag auf Befreiung dort zu stellen. Dies gilt für nicht krankenversicherte Personen, die weniger als einen Monat laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII erhalten und deshalb nicht nach § 264 SGB V in die Verwaltung einer Krankenkasse übergehen.
- Sofern im Einzelfall Krankenhilfe auch nach dem 1. Januar 2004 weiterhin vom Grundsicherungs- und Sozialamt gewährt wird, entrichten die Hilfeempfänger Zuzahlungen für die Leistungsarten Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Rettungsdienstfahrten an die Grundsicherungs- und Sozialdienststelle. Die Rechnungen sind ohne Absetzung des Zuzahlungsbetrages an die Rechnungsstelle der Behörde für Soziales und Familie zu geben.
- Sofern die geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze nachgewiesen überschritten haben, erstatten die Grundsicherungs- und Sozialdienststellen in den Fällen, in denen weiterhin ein Krankenhilfeanspruch nach dem SGB XII besteht, die zuviel geleisteten Gelder an die Hilfeempfänger zurück.
- Bezieher von Leistungen nach §§ 1, 3 AsylbLG sind von den Regelungen des GMG ausgenommen und müssen keine Zuzahlungen leisten. Auch sie erhalten eine Befreiungsbescheinigung vom Grundsicherungs- und Sozialamt.
- Für die Befreiung von den Zuzahlungen durch Bewohner von Einrichtungen gelten die gesetzlichen Vorgaben des [§ 27b SGB XII](#).

4. Verfahren

Eine Befreiungsbescheinigung mit Ausnahme der Berechtigten nach § 1 i.V.m. § 3 AsylbLG kann nur ausgestellt werden, wenn der Nachweis über bereits geleistete Zuzahlungen erbracht wird. Die entsprechenden Belege müssen deshalb gesammelt und vorgelegt werden.

Wenn die geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht haben, stellt die Sozialdienststelle auf Antrag eine **Befreiungsbescheinigung** für die in ihrer Zuständigkeit verbliebenen Personen - versehen mit dem Originalstempel der Dienststelle und der Originalunterschrift der Sachbearbeitung - aus. Für jedes volljährige Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ist eine Befreiungsbescheinigung auszustellen.

5. Inkrafttreten

Die Konkretisierung tritt am 1.1.2005 in Kraft.