

**2. überarbeitete Fassung**

Berlin, 28 Januar 2004

# Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen<sup>1</sup>

1. Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG
2. Keine Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach §§ 3 ff AsylbLG
3. Härteklausele für Empfänger von Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG
4. Mitglieder einer Krankenversicherung
5. verfassungswidrige Bedarfsdeckungslücken
6. Empfänger von Leistungen nach KJHG
7. Rechtsgrundlagen: Auszug GKV-Modernisierungsgesetz
8. Anlagen: Merkblätter des Sozialamtes Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg zu Zuzahlungen nach dem AsylbLG (deutsch, jugoslawisch, albanisch, arabisch)

## 1. Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG

Nach § 264 SGB V wird ab dem 1.1.2004 für

1. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG,
2. Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß § 2 AsylbLG (mindestens 36 Monate Bezug von Leistungen nach AsylbLG und Besitz einer Aufenthaltsgestattung oder Vorliegen rechtlicher oder humanitärer Ausreisehindernisse)<sup>2</sup>,
3. Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen gemäß BSHG<sup>3</sup>

die Krankenbehandlung von der Krankenkasse und nicht mehr vom Sozialamt übernommen (soweit die Leistungsberechtigten nicht bereits Mitglied einer Krankenkasse sind, vgl. dazu unter 4.). Die Betroffenen müssen eine Krankenkasse im Bereich des zu-

---

<sup>1</sup> Gesetzestexte, Begründung, Stellungnahmen zur Gesundheitsreform und zur übrigen Agenda 2010 siehe [http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/01\\_politik.htm](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/seiten/01_politik.htm)

<sup>2</sup> vgl. dazu ausführlich Classen, Eckpunkte zu § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/eckpunkte\\_paragraf2\\_asylblg.doc](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/eckpunkte_paragraf2_asylblg.doc)

<sup>3</sup> Dies betrifft etwa bisher nicht krankenversicherte Empfänger von Leistungen der sozialen Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit, deren Lebensunterhaltsbedarf zwar durch das Grundsicherungsgesetz abgedeckt ist, die aber für Krankenhilfe (und ggf. Pflegebedarf) auf Sozialhilfe angewiesen sind.

ständigen Sozialhilfeträgers wählen und erhalten von dieser eine Krankenversichertenkarte. Wer selbst keine Kasse auswählt, wird vom Sozialamt bei einer Kasse angemeldet (§ 175 Abs. 3 SGB V).

Die Leistungen werden von der Krankenkasse für die Sozialämter auf Grundlage der im SGB V enthaltenen Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Die Krankenkasse erhält dafür von den Sozialämtern jedoch keinen Mitgliedsbeitrag, sondern rechnet die ihr entstandenen Krankenbehandlungskosten vierteljährlich mit dem Sozialhilfeträger ab, und erhält für diesen Abrechnungsaufwand vom Sozialamt auch noch eine Vergütung von bis zu 5 % der erbrachten Leistungen (*wir ham's ja...*). Entfällt die Leistungsberechtigung, zieht das Sozialamt die Versichertenkarte wieder ein.

Da nun die Krankenkasse (und nicht mehr das Sozialamt!) Träger der Leistung ist, ist gegen ablehnende Entscheidungen der Widerspruch an die Krankenkasse zu richten. Die Ansprüche können im Klageweg, in Eilfällen mittels einstweiliger Anordnung gegen die Krankenkasse beim Sozialgericht durchgesetzt werden. Das Verfahren beim Sozialgericht ist gerichtskostenfrei.<sup>4</sup>

Achtung: **Sozialhilfeempfänger und Leistungsberechtigten nach § 2 AsylbLG unterliegen den Zuzahlungen von 10 Euro** beim Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw. und müssen auch beim Kauf von Medikamenten in der Apotheke usw. die in der Krankenversicherung üblichen Zuzahlungen leisten. Dies ergibt sich daraus, dass mit der Anwendung der Krankenversicherung nach § 264 SGB V grundsätzlich auch die Zuzahlungsregelungen des SGB V zur Anwendung kommen. Zur insoweit geltenden **Härteregelung** siehe weiter unten unter 3.

## 2. Keine Zuzahlungen für Empfänger von Leistungen nach §§ 3 ff AsylbLG

Für Flüchtlinge, die noch keine 3 Jahre Leistungen nach AsylbLG erhalten haben oder aus anderen Gründen weiter nur die (gegenüber der Sozialhilfe nach BSHG abgesenkten) Leistungen nach § 3 - 7 AsylbLG erhalten (freiwillige Ausreise zumutbar, oder Leistungseinschränkung nach § 1a AsylbLG), gilt die Regelung in § 264 SGB V zur Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenversicherung nicht.

Für diese Leistungsberechtigten ändert sich ab dem 1.1.2004 gar nichts. Für sie **bleibt das Sozialamt für die Krankenhilfe** zuständig. Sie erhalten nur die eingeschränkten medizinischen Leistungen bei akutem Behandlungsbedarf, schmerzhaften Krankheiten oder zur Sicherung der Gesundheit unerlässlichem Behandlungsbedarf, außerdem Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, § 4 und 6 AsylbLG.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Obwohl dies ziemlich eindeutig ist, sind die Krankenkassen anderer Auffassung: der Anspruch richte sich gegen die Sozialämter, demzufolge wären Widerspruch und Klage gegen das Sozialamt zu richten und der Rechtsweg beim Verwaltungsgericht zu beschreiten... Auch hier hat der Gesetzgeber leider versäumt, für Klarheit zu sorgen.

<sup>5</sup> Dazu ausführlich Classen, Eckpunkte zur Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz Umfang der Krankenhilfe; Krankenhilfe für MigrantInnen ohne Aufenthaltstatus, [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe\\_asylblg.doc](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc)

Im Streitfall ist der Widerspruch gegen das Sozialamt zu richten, die Klage und im Eilfall die einstweilige Anordnung sind (gerichtskostenfrei, § 188 VwGO) beim Verwaltungsgericht zu beantragen

Die Leistungsberechtigten nach §§ 3-7 AsylbLG bekommen keine Chipkarte einer Krankenversicherung, sie erhalten wie bisher beim Sozialamt ihre Krankenscheine gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG. Anders als das ab 1.1.2004 gemäß § 264 SGB V auch für Sozialhilfeempfänger geltende Krankenversicherungsrecht sehen §§ 4 und 6 AsylbLG aber auch keine Zuzahlungsregelungen vor.

**Leistungsberechtigte nach §§ 3-7 AsylbLG müssen deshalb keinerlei Zuzahlungen leisten.** Sie müssen die Praxisgebühr nicht bezahlen und auch im Krankenhaus, in der Apotheke beim Kauf von Medikamenten usw. nicht zuzahlen. Auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente können - wie bisher - ohne Zuzahlung oder Eigenleistung beansprucht werden. Dies wäre bei einem Barbetrag von nur 40,90 Euro monatlich, der für den gesamten persönlichen Bedarf einschließlich Fahrkosten reichen muss, auch völlig unverhältnismäßig.

Die Rechtslage ist insoweit völlig eindeutig. **In der Praxis werden dennoch vielerorts rechtswidrig Zuzahlungen verlangt.** Daraus ergeben sich folgende Forderungen:

- kassenärztliche Vereinigungen, Apothekerverbände und Krankenhausträger müssen ihre Mitglieder umgehend über die Rechtslage aufklären (zu Jahresbeginn allerorten verschickte **fehlerhafte Infoschreiben müssen umgehend richtig gestellt** werden!)
- Sozialämter müssen Krankenscheine, Ärzte wiederum die Rezepte mit **Hinweisen auf die Befreiung von Zuzahlungen** versehen. Das Sozialamt Kiel versteht die Krankenscheine z.B. mit einem Stempel, der auf die Gebührenbefreiung hinweist.
- Sozialämter sollten Leistungsberechtigte mit einem **Zuzahlungsbefreiungsausweis** versehen.

**Rechtswidrig kassierte Zuzahlungen** müssen von Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern usw. zurückbezahlt werden.

Zu befürchten ist zudem, dass analog der Regelung in der Krankenversicherung auch nach §§ 4 und 6 AsylbLG **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** sowie zur Krankenbehandlung notwendige Fahrkosten vom Sozialamt nicht mehr übernommen werden. Auch das wäre rechtswidrig, da die nach §§ 4 - 6 AsylbLG erbrachten Leistungen den dort genannten (wenn auch eingeschränkten...) Bedarf zweifellos immer in voller Höhe - also ohne jede Zuzahlung - "sicherstellen" (§ 4 Abs. 3 AsylbLG) müssen.

### **3. Härteklausel für Empfänger von Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG**

Für Empfänger von Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG gilt eine Härteklausel, nach der die Zuzahlung nicht 2% des Regelsatzes für den Haushaltsvorstand übersteigen dürfen. Bei chronisch Kranken gilt eine Höchstgrenze von 1%. Dieser Betrag gilt auch für Bedarfsgemeinschaften aus mehreren Personen (Ehepaare, Familien) nur einmal, für

die gesamte Bedarfsgemeinschaft sind also ebenfalls nur 1 % bzw. **2 % des Regelsatzes des Haushaltsvorstands** zu berücksichtigen (§ 62 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Kinder unter 18 sind ohnehin von den Zuzahlungen befreit.

Es empfiehlt sich, alle **Quittungen für Zuzahlungen aufzubewahren**. Sobald die Höchstgrenze von 2 % von 296,00 Euro Regelsatz = **71,04 Euro** bzw. 1 % = 35,52 Euro (Betrag für die den meisten alten Bundesländer, in Ostdeutschland etwas geringerer Betrag<sup>6</sup>) erreicht ist, kann bei der Krankenkasse die Befreiung für das restliche Kalenderjahr beantragt werden.

Bereits **überzahlte Beträge** sind in diesem Fall von der Krankenkasse zu erstatten (Beispiel: Zuzahlungsgrenze 71,04 Euro, Summe der bereits geleisteten Zuzahlungen = 80 Euro. Die Krankenkasse muss die Befreiungsbescheinigung erteilen und 8,96 Euro an den Leistungsberechtigten auszahlen).

#### 4. Mitglieder einer Krankenversicherung

Das Erstattungsverfahren nach § 264 SGB V beinhaltet keine echte "Mitgliedschaft" in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Zeiten zählen daher nicht als Anwartschaft für die freiwillige Krankenversicherung nach § 9 SGB V.

Als Mitglieder einer Krankenversicherung gelten hingegen **Pflichtversicherte** (§ 5 SGB V, z.B. Arbeitnehmer, Rentner, Studierende, Empfänger von Arbeitslosenunterstützung), **Familienversicherte** (§ 10 SGB V, Ehepartner, Kinder ohne eigenes Einkommen) sowie **freiwillig Weiterversicherte** (§ 9 SGB V, Personen die früher pflicht- oder familienversichert waren und im Anschluss als freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung weiter versichert sind).

Die genannten Mitglieder einer Krankenversicherung können aufgrund geringen oder fehlenden Einkommens auf (ggf. ergänzende) Leistungen nach BSHG oder AsylbLG angewiesen sein. Die für sie geltenden Zuzahlungsregelungen ergeben sich aus dem Krankenversicherungsrecht unmittelbar und entsprechen im Grundsatz den o.g. für BSHG-Berechtigte geltenden Regelungen.

Dabei ergeben sich jedoch folgende Probleme:

- der Gesetzgeber hat eine angemessene Befreiungsregelung für (z.B. erwerbstätige) Krankenversicherte Leistungsberechtigte nach §§ 3- 7 AsylbLG vergessen. Im Übrigen ergeben sich dieselben, verfassungsrechtlich fragwürdige Bedarfsdeckungslücken wie für (ausschließlich) auf Leistungen nach §§ 3-7 AsylbLG Angewiesene
- für (ergänzend oder ganz) als Leistungen nach BSHG und § 2 AsylbLG angewiesenen Leistungsberechtigte ergeben sich im Grundsatz dieselben, verfassungsrechtlich frag-

---

<sup>6</sup> vgl. dazu Classen, Tabellen Grundleistungsbeträge nach AsylbLG und Regelsätze nach BSHG für alle Bundesländer, Stand 01.07.2003,

[http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/AsylbLG\\_BSHG\\_Betraege010703.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/AsylbLG_BSHG_Betraege010703.pdf)

würdige Bedarfsdeckungslücken wie für nach § 264 SGB V Versicherte (siehe dazu unter 5.)

## 5. Empfänger von Leistungen nach KJHG

Empfänger von Leistungen nach dem KJHG, die stationär in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht sind, haben im Rahmen der Jugendhilfe neben der pädagogischen (Betreuungs)Leistung (z.B. Heimerziehung) als "Annexleistungen" auch Anspruch auf Leistungen der Jugendhilfe zum Lebensunterhalt (§ 39 SGB VIII) und - sofern sie keiner Krankenversicherung angehören - auch auf Leistungen zur Krankenbehandlung (§ 40 SGB VIII).

§ 40 SGB V regelt, dass - sofern das Jugendamt die Krankheitsleistung erbringt - der Leistungsumfang der Krankenbehandlung nach §§ 36, 36a, 36b und 37 BSHG entsprechen soll (ein Verweis auf § 38 BSHG fehlt, es unklar bleibt weshalb, es dürfte sich um einen redaktionellen Fehler handeln).

Da somit bei der Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII das BSHG - ähnlich wie in den Fällen des § 2 AsylbLG - nur analog, nicht aber unmittelbar zur Anwendung kommt, § 264 SGB V jedoch ausdrücklich von "Empfängern von Sozialhilfe in besonderen Lebenslagen" spricht, dürfte die Übernahme der Krankenbehandlung durch eine Krankenversicherung im Rahmen des § 264 SGB V hier nicht in Frage kommen.

Daraus könnte sich auf den ersten Blick zwar auch eine Verpflichtung zu den im SGB V geregelten **Zuzahlungen** ergeben, was jedoch keineswegs eindeutig ist. Denn erstens sind die Zuzahlungen im Dritten Kapitel, Neunter Abschnitt des SGB V geregelt, und zweites dürfte es sich bei den Zuzahlungen gerade nicht um "Leistungen" des Sozialamts zur Krankenbehandlung handeln, von deren Übernahme allein §§ 37 und 38 BSHG sprechen.

Auch wenn dieses Ergebnis zunächst von Vorteil erscheint, so hat möglicherweise auch im Rahmen der Jugendhilfe die Gesundheitsreform zugeschlagen. Aus der Streichung des Bedarfsdeckungsgrundsatzes in § 38 Abs. 2 BSHG ergeben sich nämlich erhebliche Bedarfsdeckungslücken, unter anderem, weil die Regelung zur Übernahme ergänzender, bedarfsdeckender Leistungen, darunter u.a. zur Krankenbehandlung notwendiger Fahrtkosten ersatzlos gestrichen wurde. Dem könnte man jedoch entgegensetzen, dass (wie oben dargelegt) § 38 BSHG im Rahmen der Jugendhilfe gar nicht gilt und insoweit auch die (*verfassungswidrigen...*) Einschränkungen durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG hier nicht greifen. Daraus wiederum könnte man ableiten, § 37 BSHG gilt in seiner bisherigen Form unverändert weiter, und damit auch die (vor Einführung des § 38 Abs. 2 BSHG in der heutigen Form) von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, dass die Krankenhilfe nach § 37 BSHG immer bedarfsdeckend sein und erforderlichenfalls auch Leistungen beinhalten muss, die über den in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen Leistungsumfang hinausgehen.

## 6. verfassungswidrige Bedarfsdeckungslücken

**I. Einige Leistungen wurden ab 1.1.2004 in der Krankenversicherung ganz gestrichen.** Sie werden auch für Leistungsberechtigte nach BSHG und § 2 AsylbLG nicht mehr übernommen. Hieraus können sich erhebliche Lücken in der Bedarfsdeckung ergeben. Im BSHG und im SGB V wurden ganz gestrichen:

- alle **nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel** (Ausnahme: Kinder bis 12 Jahre. *Ältere Kinder und Erwachsene können ja teure Hammerpillen mit ordentlich Nebenwirkungen nehmen...*)
- **Brillen** und Kontaktlinsen für Personen ab 18 Jahren (Ausnahme: Blinde und schwerst Sehbehinderte)
- das einmalige **Entbindungsgeld** von 77,- Euro für Mütter, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben (Streichung im BSHG und in der RVO)
- Kosten einer zur Verhütungszwecken gewünschten **Sterilisation**, (Ausnahme: Sterilisation aus medizinisch zwingenden Gründen)
- **Fahrtkosten** zur ambulanten Krankenbehandlung (mit wenigen, medizinisch definierten Ausnahmen)
- usw.

**II. Darüber hinaus wurde die aus verfassungsrechtlichen Gründen eigentlich zwingend erforderliche Bestimmung in § 38 Abs. 2 BSHG ersatzlos gestrichen, wonach die Krankenhilfe nach dem BSHG "den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen (muss), wenn finanzielle Eigenleistungen der Versicherten ... vorgesehen sind."**

Demnach dürften vom Sozialamt neben den unter I. genannten Leistungen z.B. auch folgende Kosten nicht mehr übernommen werden:

- erhöhter laufender Bedarf durch **Fahrtkosten** zum Arzt, mit **ÖPNV** soweit möglich, ansonsten per **Taxi** oder Krankentransport (Beispiel: Fahrtkosten per ÖPNV, dünn besiedelte ländliche Region, nächster/nächstes zur Behandlung geeigneter/es fachkundiger/es Arzt bzw. Krankenhaus ist in 80 km Entfernung vorhanden...)
- notwendige **Dolmetscherkosten** zur Krankenbehandlung (Beispiel: Aufklärung vor Operationen oder Schwangerschaftsabbruch; Psychotherapien)
- Hörgerätebatterien; Pflegemittel für medizinisch notwendige Kontaktlinsen; Stromkosten für Laden des Elektrorollstuhls; ggf. Hilfen für Suchtkranke (soweit nicht im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG); etc.
- usw.

**III. Die unter I. und II. genannten Bedarfe können im Einzelfall ohne weiteres eine Höhe erreichen, die aus dem Sozialhilferegelsatz nicht mehr zu zahlen ist.**

Insoweit ist die ergänzende Sozialhilfeleistungen verbotende Neuregelung verfassungswidrig, weil sie das Bedarfsdeckungsprinzip verletzt und ggf. gegen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die Menschenwürde und das Sozialstaatsgebot verstößt.

**IV. Empfänger von Taschengeld**

- In "Einrichtungen" lebende **Heimbewohner** (Behinderte, alte Menschen, Pflegebedürftige etc.) erhalten vielfach nur das 30 % des Regelsatzes betragende Taschengeld ("Barbetrag") nach § 21 BSHG (= 88,80 Euro/Monat).

- Dasselbe gilt für Menschen in **Krankenhäusern**, Kuranstalten, Rehaeinrichtungen etc.

- In **Gemeinschaftsunterkünften** lebende Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG werden auf Grundlage des § 2 Abs. 2 AsylbLG in manchen Bundesländern (Ba-Wü u.a. ) weiterhin mit Sachleistungen (Lebensmittelpaketen und dergleichen) schikaniert und bevormundet. Sie haben meist ebenfalls nur einen geringen Barbetrag von 30 % des Regelsatzes analog § 21 BSHG zur Verfügung.

- **Wohnsitzlose** erhalten den Sozialhilferegelsatz vielfach nur tageweise ausgezahlt (= 9,86 Euro/Tag).

In allen genannten Fällen kann die in bar erhaltene Sozialhilfe durch die Zuzahlungen weitgehend oder sogar vollständig verbraucht werden, soweit sie überhaupt reicht....

**V.** Schon durch die Zuzahlungen bei Arztbesuchen, Medikamenten etc. werden Sozialhilfeempfänger und Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG ab 1.1.2004 erheblich zusätzlich belastet. Hinzu kommen die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, für Brillen, Fahrtkosten und vieles mehr.

Die Bundesregierung hat für dieses Problem in Artikel 28 Gesundheitsmodernisierungsgesetz eine (*freche...*) Lösung gefunden: Sie hat einfach per Änderung der Regelsatzverordnung (§ 1 VO zu § 22 BSHG) festgelegt, dass (*angeblich...*) **der Sozialhilferegelsatz auch sämtliche Kosten bei Krankheit enthält**, bei vorbeugender und sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach §§ 36 bis 38 BSHG (=Krankenhilfe) übernommen werden. Der Regelsatz wurde jedoch nicht entsprechend angehoben, die Regelung verstößt vor allem aber auch gegen den in § 3 BSHG (noch...) enthaltenden Bedarfsdeckungs- und Individualisierungsgrundsatz.

Die Gesetzesbegründung versucht an dieser Stelle eine Bedarfsdeckung mit Hilfe von fragwürdigen, in die Zukunft verschobenen Sozialhilfekürzungen zu erreichen: "Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen."

Die Bundesregierung hat allerdings versäumt, den Sozialhilferegelsatz entsprechend anzupassen. Hierzu gibt bereits erste Rechtsprechung vor (betreffend einen auf Polamidonsubstitution angewiesenen Drogenabhängigen), die diese Regelung anzweifelt: [http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2004/Urteil\\_Zuzahlung\\_Praxisgebuehr.html](http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2004/Urteil_Zuzahlung_Praxisgebuehr.html)

**VI. Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen gefährdet.** Während nach der Rechtsprechung zum BSHG und zum AsylbLG auch **Dolmetscherkosten** zu übernehmen sind, wenn sprachkundige Therapeuten nicht verfügbar sind, ist dies nach der Rechtsprechung zum Krankenversicherungsrecht nicht möglich. Somit müssten - im Rahmen des § 2 AsylbLG und des BSHG - entsprechende Therapien per 1.1.2004 eingestellt werden.

Noch gravierender ist, dass - anders als beim Sozialamt - mit der Krankenkasse nur noch von der Kasse anerkannte sog. "**Vertragspsychotherapeuten**" psychotherapeutische Leistungen abrechnen können. In der Vergangenheit war (für das Sozialamt) eine Approbation ausreichend gewesen, was zur Folge hatte, dass Flüchtlingen eine weitaus größere Anzahl von Behandlern/innen zur Verfügung standen. Die wenigen bisher mit den Flüchtlingen arbeitenden (über interkulturelle Kompetenz verfügenden, ggf. auch sprachkundigen...) Therapeut/innen mussten deshalb bereits vielfach die Therapien abbrechen.

Für das Problem existiert im Rahmen des BSHG bzw. § 2 AsylbLG jedoch eine Lösung: Die Therapien können ohne weiteres fortgesetzt werden, wenn die Leistung im Rahmen der "**Eingliederungshilfe**" nach § 39 ff. BSHG weiterhin direkt vom Sozialamt (und nicht über die Krankenkasse finanziert wird. Dies wird etwa beim Sozialamt Friedrichshain-Kreuzberg auch so praktiziert. Diese Lösung ist für das Sozialamt sogar von Vorteil, weil die im Rahmen der Versorgung nach § 264 SGB V bei der Abrechnung mit der Krankenkasse anfallende 5 % " Verwaltungskosten entfallen, zudem kann das Sozialamt auf eine größere Zahl fach- und ggf. auch sprachkundiger Therapeuten zurückgreifen. Die Fortsetzung einer notwendigen Psychotherapie kann auf diesem Weg ggf. auch rechtlich durchgesetzt werden.

Nach der Rechtsprechung zu §§ 4 und 6 AsylbLG können im Einzelfall Psychotherapie, Fahrtkosten zur Psychotherapie und in diesem Zusammenhang erforderliche Dolmetscherkosten, aber auch Leistungen der Eingliederungshilfe übernommen werden, sofern diese Hilfen "zur Behandlung einer akuten Krankheit erforderlich" (§ 4 AsylbLG oder "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sind (§ 6 AsylbLG). Vgl. etwa zu Dolmetscherkosten für Psychotherapie als Eingliederungshilfe nach § 2 AsylbLG i.V.m. § 39 BSHG OVG Niedersachsen OVG Nds 4 MA 1/02, B. v. 11.01.02, NVwZ-Beilage I 2002, 49; zu Fahrtkosten zur Psychotherapie nach §§ 4 und 6 AsylbLG OVG Berlin 6 S 49.98, B.v. 03.04.01; zur Eingliederungshilfe nach § 6 AsylbLG OVG Schleswig OVG Schleswig 98/98 v. 9.9.98, FEVS 1999, 325.<sup>7</sup> Was aber schon nach §§ 4 und 6 AsylbLG möglich ist, muss umso mehr nach § 39ff. BSHG gelten, auch wenn gemäß § 120 Abs. 1 BSHG die Eingliederungshilfe für Ausländer grundsätzlich nur eine "Ermessensleistung" ist.

**VII. Ab 1.1.2005 gelten weitere Änderungen.** Durch die dann in Kraft tretende Zusammenlegung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe (neues SGB II) wird das Erstattungsverfahren nach § 264 SGB V für die Mehrzahl der Sozialhilfeberechtigten (alle nicht unter das AsylbLG fallenden erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zwischen 15 und 65 Jahren) wieder abgeschafft, da diese ab 1.1.2005 die Grundsicherung für Arbeitslose (Arbeitslosengeld II) erhalten werden und damit auch der Versicherungspflicht nach § 5 SGB V unterliegen werden.

Die hier erläuterten Bedarfsdeckungslücken werden dann jedoch auch für den Bereich des SGB II gelten. Zudem enthält das SGB II auch in vielen anderen Bereichen (Pauschalierungen des Bedarfs, pauschale Kürzungen bei Regelverstößen usw. ) zahlreiche verfassungsrechtlich fragwürdige Verstöße gegen das Bedarfsdeckungsprinzip.

Das Erstattungsverfahren nach § 264 SGB V bleibt demgegenüber bestehen für die Empfänger von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit sowie für Berechtigte nach § 2 AsylbLG.

**VIII. Zahnersatz.** Dieser Bereich ist schwer durchschaubar, zumal Zahnärzte besonders raffgierig scheinen und schier undurchschaubare Zuzahlungen eher die Regel als die Ausnahme sind. Hier ist bereits offen, wo und wie überhaupt eine bedarfsdeckende, zuzahlungsfreie Versorgung zum Kassentarif erhältlich ist.

Hier gilt in 2004 eine Übergangsregelung, vgl. dazu

[http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/2\\_service/zuzahlungen\\_2004.htm](http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/2_service/zuzahlungen_2004.htm)

Ab 1.1.2005 sollen die Leistungen nach SGB V (und damit wohl auch nach BSHG bzw. § 2 AsylbLG) von der Krankenkasse gar nicht mehr übernommen werden, es ist eine eigene Zahnersatzversicherung vorgesehen. Dazu an dieser Stelle keine näheren Ausführungen

**IX.** Die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V ist nur in den Fällen vorgesehen, in denen der Leistungsberechtigte **voraussichtlich für mindestens für einen Monat Sozialhilfe** benötigt. In anderen Fällen bleibt es bei der Krankenbehandlung nach § 37 BSHG.

Gemäß Wortlaut § 37 BSHG wird in diesen Fällen die Krankenbehandlung nach dem Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt, Erster Titel des SGB V vom Sozialamt übernommen. Daraus könnte sich auf den ersten Blick zwar auch eine Verpflichtung zu den im SGB V geregelten **Zuzahlungen** ergeben, was jedoch keineswegs eindeutig ist. Denn erstens sind die Zuzahlungen im Dritten Kapitel, Neunter Abschnitt des SGB V geregelt, und zweites dürfte es sich bei den Zuzahlungen gerade nicht um "Leistungen" des Sozialamts zur Krankenbehandlung handeln, von deren Übernahme allein §§ 37 und 38 BSHG sprechen.

Aus der Streichung des § 38 Abs. 2 ergeben sich erhebliche Bedarfsdeckungslücken. Dies gilt insbesondere im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 37 BSHG. Da die Regelung in § 38 Abs. 2 BSHG zur Übernahme ergänzender, bedarfsdeckender Leistungen, darunter u.a. der zur Krankenbehandlung notwendigen **Fahrtkosten** ersatzlos gestrichen wurde, Fahrtkosten (einschließlich Rettungsfahrten...!) jedoch im Dritten Kapitel, Achter Abschnitt des SGB V geregelt und somit auch nach § 37 BSHG nicht übernommen werden können, dürften in diesen Fällen selbst Rettungsfahrten nicht mehr übernommen werden. *Hier zeigt sich, zu welchem Unsinn das Gesundheitsministerium fähig ist:*

- dies bedeutet (in Zusammenhang mit der geänderten Regelsatzverordnung), dass in den genannten Fällen sogar der Transport mit dem Rettungshubschrauber ins Krankenhaus aus dem Sozialhilferegelsatz anzusparen wäre....

**X. Bedarfsdeckungsgrundsatz gestrichen - warum?** Völlig unbeachtet gelassen hat der Gesetzgeber der *Gesundheitsreform* die seit vielen Jahren entwickelte Rechtsprechung zum BSHG, wonach die Krankenhilfe immer bedarfsdeckend sein und deshalb die Krankenhilfeleistungen des Sozialamtes im Einzelfall (auch als "ergänzende" Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte!) auch über die Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen des SGB V hinausgehen müssen.

Ein Beispiel sind die auch von unter die Härteregelung (Befreiung von Zuzahlungen nach 61 SGB V alt) fallenden Sozialhilfeempfängern verlangten Zuzahlungen bei der stationären Krankenhausbehandlung, die zwar nicht von der Krankenversicherung, wohl aber (auch schon vor Einführung des § 38 Abs. 2 BSHG...) vom Sozialamt übernommen werden mussten (BVerwG vom 30.09.1993, FEVS 44, 313).

Diese Rechtsprechung war auch Anlass für die gerade erst im Rahmen des Artikel 15 des Gesetzes zur Einführung des SGB IX (Gesetz zur Eingliederung Behinderter) **zum 01.07.2001 erfolgte ausdrückliche Verankerung des Bedarfsdeckungsgrundsatzes** für den Bereich der Krankenhilfe im nunmehr ersatzlos gestrichenen § 38 Abs. 2 BSHG:

"(2) Hilfen nach diesem Unterabschnitt müssen den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen, wenn finanzielle Eigenleistungen der Versicherten, insbesondere

1. die Zahlung von Zuschüssen,
2. die Übernahme nur eines Teils der Kosten,
3. eine Zuzahlung der Versicherten

vorgesehen sind und nach den §§ 61 und 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollständige oder teilweise Befreiung durch die Krankenkasse nicht erfolgt; dies gilt für Betriebsmittelkosten bei Hilfsmitteln entsprechend. Notwendige Kosten für Fahrten einschließlich Krankentransportleistungen werden entsprechend § 60 Abs. 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übernommen."

Aufschlussreich ist die **Begründung** zu § 38 Abs. 2 BSHG, die als Beispiele für die Pflicht des Sozialamtes zur vollständigen Übernahme der notwendigen Krankenbehandlungskosten die Kosten von **Brillengestellen** sowie **Dolmetscherkosten** nennt<sup>8</sup>

Absatz 2 regelt die notwendigen Ausnahmen, in denen die Hilfen nach diesem Unterabschnitt über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen müssen. Diese aufgeführten Ausnahmen entsprechen den Fällen, in denen die Sozialhilfeträger - in unterschiedlicher Praxis - nach dem bisher geltenden Recht Hilfeleistungen gewährt haben, um den notwendigen Bedarf zu decken. Die nicht abschließende Aufzählung verhindert mögliche Lücken in der Hilfestellung. Werden zukünftig Leistungen aus dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, muss zugleich entschieden werden, ob für Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe eine Ausnahmeregelung erforderlich ist.

Mit der neuen Regelung werden der Sozialhilfepraxis klare rechtliche Vorgaben gegeben und es wird verhindert, dass eine Verschlechterung zum geltenden Recht eintritt. Zum Beispiel umfasst nach § 33 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nicht die Kosten des Brillengestells. Die Krankenkasse übernimmt also nur einen "Teil der Kosten" im Sinne der Nr. 2 des ersten Halbsatzes dieses Absatzes, so dass der Träger der Sozialhilfe dem Hilfeempfänger das Brillengestell zur Deckung seines vollständigen Hilfebedarfs zu gewähren hat. Die Übernahme nur eines Teils der Kosten im Sinne des Absatzes 2 Nr. 2 liegt auch dann vor, wenn die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen nicht gewährt, die unabdingbare Voraussetzung zur Durchführung von notwendigen Maßnahmen der Hilfen nach diesem Unterabschnitt sind (z.B. Dolmetscherkosten).

Die enge Anbindung der Leistungsgewährung im Rahmen der Hilfen nach diesem Unterabschnitt an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung schließt nicht aus, dass der Träger der Sozialhilfe im Einzelfall notwendige und angemessene Hilfemaßnahmen abweichend vom Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt, wenn diese Maßnahmen kostengünstiger sind (z.B. Gewährung häuslicher Krankenpflege für Wohnungslose anstatt stationärer Behandlung im Krankenhaus). Ob Hilfeleistungen für Suchtkranke (vorbeugende Hilfe für Suchtkranke, Drogensubstitution) beispielsweise Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 39 ff, Hilfen nach diesem Unterabschnitt oder einer anderen Hilfeart zuzuordnen sind, ist wie bisher in jedem Einzelfall zu prüfen; daher bleibt die bisherige rechtliche Behandlung unverändert.

---

<sup>8</sup> Bundestagsdrucksache 14/xxxx vom xx.xx.2001, zitiert nach <http://www.behindertenbeauftragter.de>

## 7. Rechtsgrundlagen: Auszug GKV-Modernisierungsgesetz – GMG

### **Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - Auszug -**

Inkrafttreten: 01.01.2004

#### **§ 264 SGB V - Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung**

(1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach den §§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes beziehen sowie für die in § 119 des Bundessozialhilfegesetzes genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Mitglied“, für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung „Rentner“. Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung „Familienversicherte“.

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes sind, meldet der Sozialhilfeträger diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Sozialhilfeträger die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Sozialhilfeträger zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgern vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -

gewährung vorliegen, kann der zuständige Sozialhilfeträger von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.“

### **Begründung**

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525, Seite 140/141)

### **Zu Nummer 152 (§ 264)**

Die leistungsrechtliche Gleichstellung von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) und von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die nicht krankenversichert sind, mit gesetzlich Krankenversicherten war im Grundsatz schon in Artikel 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 vorgesehen. Bund und Länder konnten sich aber nicht auf eine Umsetzung dieses Artikels zu angemessenen Beitragszahlungen einigen. Zwischenzeitlich hatte auch das Bundesministerium der Finanzen erhebliche Bedenken wegen der Auswirkungen von auf Grund von Versicherungspflicht zu zahlenden Beiträgen auf das steuerliche Existenzminimum und damit verbundenen Steuerausfällen geltend gemacht.

Sowohl HLU-Empfänger als auch Empfänger von HbL-Leistungen werden in die Neuregelung aufgenommen. Aus Praktikabilitätsgründen sind lediglich die Hilfeempfänger ausgenommen worden, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen sowie auf Grund des für die Krankenkassen geltenden Territorialitätsprinzips die Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben und dort nach § 119 BSHG Sozialhilfe beziehen. Wird die Hilfe nur gewährt, um die Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine angemessene Alterssicherung zu erhalten (§ 14 BSHG) oder in Form von Beratung und Unterstützung (§ 17 BSHG), erscheint eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen nicht sachgerecht. Auf Grund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern sind die Betroffenen zwar leistungsrechtlich, aber nicht mitgliedschaftsrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger sollen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen den Versicherten auch verfahrensmäßig gleichgestellt werden. Deshalb erhalten sie eine Krankenversichertenkarte. Dadurch wird sichergestellt, dass für die Behandlung von Sozialhilfeempfängern die Regelungen und die Steuerungsinstrumente zur Gewährleistung einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen und das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitenden Versorgung, die für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, ebenfalls in vollem Umfang angewendet werden. Zur Durchführung des Abrechnungsverfahrens sowie für die Anwendung von Steuerungsinstrumenten, z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106, ist die Festlegung von Statusbezeichnungen auf der Krankenversichertenkarte erforderlich.

In Absatz 6 wird klargestellt, dass die Versorgung der Hilfeempfänger bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a zu berücksichtigen ist. Im Falle einer Berechnung der Gesamtvergütungen nach mitgliederbezogenen Kopfpauschalen gelten die Empfänger als Mitglied, d. h. die Krankenkasse zahlt an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die Empfänger jeweils eine Kopfpauschale. Leben mehrere Hilfeempfänger in einem Haushalt, so ist diese Kopfpauschale nur für den Haushaltsvorstand zu entrichten. Dies entspricht der geltenden Systematik der Mitgliederkopfpauschalen, mit welchen die Krankenkassen die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder einschließlich der jeweils mitversicherten Familienangehörigen vergüten. Bei der Erstattung der Aufwendungen nach Absatz 7 rechnet die Krankenkasse für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger bis zum Jahr 2005 die o. g. Kopfpauschalen ab, welche unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu entrichten sind. Darüber hinaus fallen ggf. zusätzliche Aufwendungen zur Honorierung der nicht mit der Zahlung der Pauschalvergütung abgegoltenen Leistungen an. In welcher Höhe Aufwendungen für solche extrabudgetär zu vergütenden Leistungen angefallen sind, ergibt sich nach Abschluss der Abrechnungsperiode aus der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Ab dem Jahr 2006, in welchem erstmals die Regelleistungsvolumina nach § 85a vereinbart werden, rechnet die Krankenkasse gegenüber dem Sozialhilfeträger hingegen die tatsächlich für die Versorgung der Empfänger an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlten Vergütungen ab.

Das Kostenerstattungsverfahren nach Absatz 7 stellt sicher, dass Kosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Aufwendungen erstattet werden und es weder auf Seiten der Sozialhilfeträger noch auf Seiten der Krankenkasse eine Überforderung gibt. Damit werden auch die Vorgaben des geltenden § 264 SGB V – jetzt § 264 Abs. 1 – (Ersatz der vollen Aufwendungen und Übernahme eines angemessenen Teils der Verwaltungskosten – üblicherweise bis zu 5 %) erfüllt. Der Sozialhilfeträger kann selbstverständlich, wie schon nach geltendem Recht, die ihm vorgelegten Rechnungen überprüfen. Darüber hinaus erhalten Sozialhilfeträger die Möglichkeit, von der Krankenkasse eine Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen zu verlangen und sich nachweisen zu lassen, wenn Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung schließen lassen.

## **Begründung nach Ausschussberatungen**

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1600,

(Seite 9)

... Wichtig ist der Union weiterhin die Gleichstellung von Sozialhilfeempfängern mit gesetzlich Krankenversicherten. ...

(Seite 14)

### **Zu Artikel 1 Nr. 152 Buchstabe c**

(nochmals geänderter § 264 Abs. 2 Satz 1)

Nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz ist das Bundessozialhilfegesetz für den dort genannten Personenkreis entsprechend anzuwenden, wenn er u. a. länger als 36 Monate Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz** erhalten hat, ohne dass dieser Personenkreis Leistungsempfänger nach dem Bundessozialhilfegesetz wird. Insofern bedarf die Einbeziehung dieser Personen in die Regelung des § 264 einer ausdrücklichen Nennung. Für diesen Personenkreis ändert sich jedoch dadurch der Umfang der Leistungen nicht. Alle übrigen Empfänger von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten auch im Krankheitsfall weiterhin lediglich die eingeschränkten Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände nach § 4 AsylbLG.

\*\*\*

## **§ 61 SGB V - Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.“ 40. § 62 wird wie folgt gefasst:

## **§ 62 SGB V - Belastungsgrenze**

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt zwei vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören 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 und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten, 1. die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundes-

versorgungsgesetzes oder Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten,

2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 22 des Bundessozialhilfegesetzes (Regelsatzverordnung) maßgeblich.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

(4) Bei der Versorgung mit Zahnersatz finden § 61 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 bis 5 und § 62 Abs. 2a in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung bis zum 31. Dezember 2004 weiter Anwendung.“

### **Begründung**

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525)

#### **Zu Nummer 39 (§ 61)**

Die neue Vorschrift fasst die künftigen Zuzahlungsregelungen zusammen. Dadurch, dass in den einzelnen Zuzahlungsvorschriften auf einzelne Sätze des neuen § 61 Bezug genommen wird, herrscht Rechtsklarheit; es bedarf insbesondere in den Einzelvorschriften nicht ständiger Wiederholungen des Satzes 1. Außerdem wird klargestellt, dass die Leistungserbringer den Erhalt von Zuzahlungen ohne gesonderte Vergütung quittieren müssen.

#### **Zu Nummer 40 (§ 62)**

Die Neuregelung löst die bisherige Überforderungsklausel ab. Sie führt zu dem Ergebnis, dass niemand mehr als 2 vom Hundert seiner Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr zuzuzahlen hat. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze 1 vom Hundert.

Die Definition der chronischen Erkrankung wird um das Erfordernis einer schwerwiegenden Krankheit ergänzt und dadurch präzisiert, dass der Nachweis der Fortdauer der Behandlung künftig nicht mehr alle zwei Jahre, sondern nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres gegenüber der Krankenkasse zu erbringen ist. Das Nähere zur Definition der schwerwiegenden chronischen Krankheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu bestimmen.

Es bleibt bei der bisherigen Orientierung der Überforderungsklausel am Familieneinkommen; für Kinder wird ein gesonderter Freibetrag (2003 = 3 648 Euro) eingeführt, der an die Stelle der bisherigen prozentualen Berücksichtigung nach Absatz 2 Satz 1 tritt.

Die Nichtberücksichtigung von Leistungen, die einen schädigungsbedingten Mehraufwand ausgleichen, wird aus dem geltenden Recht übernommen.

Für die bislang nach § 61 vollständig befreiten Empfänger von Fürsorgeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, der Kriegsopferfürsorge oder dem Grundsicherungsgesetz sind als Bruttoeinnahmen für die Bedarfsgemeinschaft der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Regelsatzverordnung zu berücksichtigen.

Durch den Absatz 3 wird geltendes Recht übernommen. Die Regelung stellt sicher, dass die Befreiungsbescheinigung keine Angaben über das Einkommen des Versicherten enthält. Mit der Regelung in Absatz 4 werden die geltenden Härtefallregelungen für die Versorgung mit Zahnersatz bis zur Neuordnung des Zahnersatzes zum 1. Januar 2005 beibehalten.

### **Weitere Änderungen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit!):**

- § 27 - **Wegfall Zahnersatz** (ab 2005 gesonderte Versicherung)
- § 33 - **Wegfall Leistungen für Sehhilfen** (Ausnahmen: Versicherte bis 18 Jahre; , Blinde und schwer Sehbehinderte)
- § 34 - **Wegfall Leistungen für nichtverschreibungspflichtige Medikamente** (Ausnahmen: Kinder bis 12 Jahre; gesondert gelistete Medikamente für schwerwiegende Erkrankungen)

- § 65a - **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten** (für Teilnahme an Leistungen zur Früherkennung, an hausarztzentrierter Versorgung, usw. usw.)
- § 73b - **Hausarztzentrierte Versorgung**
- § 291, 291a "**intelligente Versicherungskarte**" mit **Lichtbild**, Angaben zum **Zuzahlungsstatus** sowie der Möglichkeit zur Speicherung von **Gesundheitsdaten** (spätestens bis 2006)
- neues **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit** im Gesundheitswesen, neuer **Patientenbeauftragter** der Bundesregierung,

\*\*\*

## **Artikel 28 - Änderung des Bundessozialhilfegesetzes**

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621), wird wie folgt geändert:

1. § 36a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

2. § 36b erhält folgende Fassung:

„§ 36b Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim und
4. häusliche Pflege nach § 69b Abs. 1 gewährt.“

3. Dem § 37 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehen den Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.“

4. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „ , Fahrkosten“ gestrichen

b) In Absatz 1 werden das Komma und die Wörter „soweit in diesem Gesetz keine andere Regelung getroffen ist“ gestrichen.

c) Absatz 2 wird aufgehoben.

d) Absatz 3 wird Absatz 2 und es wird folgender Satz angefügt:

„Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erzielbaren geringsten Umfang geleistet.“

e) Die Absätze 4 bis 6 werden die Absätze 3 bis 5.

## **Artikel 29 - Änderung der Regelsatzverordnung**

In § 1 Abs. 1 Satz 2 der Regelsatzverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2170-1-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Wörter „sowie für Körperpflege und für Reinigung“ durch die Wörter „ , für Körperpflege, für Reinigung sowie die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 des Gesetzes übernommen werden“ ersetzt.

## **Begründung**

(aus: Deutscher Bundestag – 15. Wahlperiode, Drucksache 15/1525)

### **Zu Artikel 28 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 36a)**

Folgeänderung zur Neuregelung des § 24b SGB V.

#### **Zu Nummer 2 (§ 36b)**

Folgeänderung der Änderung in § 195 RVO (Artikel 8).

#### **Zu Nummer 3 (§ 37 Abs. 1)**

Folgeänderung zur Neuregelung in § 264 SGB V.

#### **Zu Nummer 4 (§ 38)**

Zu den Buchstaben a, b und e

Folgeänderungen zur Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG.

Zu Buchstabe c

Auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für Sozialhilfeempfänger im Neunten Abschnitt des SGB V musste § 38 Abs. 2 BSHG gestrichen werden. Damit werden Sozialhilfeempfänger bei den Zuzahlungen den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen.

Zu Buchstabe d

Die Sozialhilfeträger sind nur verpflichtet, die Krankheitskosten zu tragen, die nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung unabwendbar notwendig sind. Von den Hilfesuchenden wird daher erwartet, an den von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Bonusregelungen (§ 65a SGB V) teilzunehmen.

### **Zu Artikel 29 (Änderung der Regelsatzverordnung)**

Folgeänderung auf Grund der Streichung von § 38 Abs. 2 BSHG. Mit der Neufassung wird geregelt, dass die Zuzahlungen aus dem Regelsatz zu decken sind.

\*\*\*

## **Artikel 8**

### **Änderung der Reichsversicherungsordnung**

Die Reichsversicherungsordnung ... wird wie folgt geändert:

1. § 195 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 6 werden nach dem Wort „Mutterschaftsgeld“ das Komma und das Wort „Entbindungsgeld“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „und Entbindungsgeld“ gestrichen.

2. § 200b wird aufgehoben.

### **Zu Artikel 8 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)**

Bisher erhielten Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld hatten, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe von 77 Euro. Diese zusätzliche Leistung kann aus finanziellen Gründen nicht mehr aufrechterhalten werden.



## Achtung !!! Wichtige Änderungen !!!

Was muß ich ab 01.01.2004 bei der  
Krankenbehandlung beachten

1. Erhalten Sie Leistungen nach § 3 AsylbLG (grüner Krankenschein)? Für Sie ändert sich nichts. Sie sind auch weiterhin von den Zuzahlungen befreit.  
– Keine Praxisgebühr, keine Zuzahlung zu Medikamenten und Heilmitteln –
  2. Erhalten Sie Leistungen nach § 2 AsylbLG (bisher weißer Krankenschein)?  
Sie müssen jetzt folgendes beachten:
    - a) Sie erhalten keinen Krankenschein mehr vom Sozialamt, sondern von der von Ihnen ausgewählten Krankenkasse eine Chipkarte. Diese ist bei jeder Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung vorzulegen. Müssen Sie einen Arzt aufsuchen und haben noch keine Chipkarte, stellt Ihnen das Sozialamt eine Bescheinigung über die erfolgte Anmeldung bei der Krankenkasse aus. Diese Bescheinigung ist dem Arzt vorzulegen.
    - b) Für jeden Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal ist eine Praxisgebühr in Höhe von 10,- € zu zahlen.  
Minderjährige Kinder sind von der Zahlung befreit.
    - c) Bei allen verordneten Arzneimitteln, Heilmitteln, ärztlichen Verordnungen (z.B. häusliche Krankenpflege) und Hilfsmitteln ist eine Zuzahlung zu leisten. (Mindestens 5,00 € aber höchstens 10,00 €)
  3. Wieviel muß ich höchstens zuzahlen ?  
Im Kalenderjahr muss insgesamt eine Kostenbeteiligung von 71,04 € gezahlt werden. Dieser Betrag ist die Höchstgrenze. Wenn dieser Höchstbetrag erreicht wurde, kann bei der Krankenkasse eine Befreiung von der Zuzahlung für das restliche Kalenderjahr beantragt werden.  
Aber beachten !!!!!  
Die bereits geleisteten Zahlungen müssen nachgewiesen werden. Alle Quittungen – Praxisgebühr, Zuzahlung bei Medikamenten etc. – sind aufzuheben und der Krankenkasse vorzulegen.  
Nicht nachgewiesene Zahlungen werden nicht berücksichtigt.
1. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlung bei chronisch Kranken beträgt 35,52 €. Die chronische Erkrankung muss mit einer ärztlichen Bescheinigung bei der Krankenkasse nachgewiesen werden. Die AOK stellt entsprechende Formulare zur Verfügung, Kosten entstehen nicht. Wer sich für eine andere Krankenkasse entschieden hat muß dort nachfragen, ob für den Nachweis ein Formular zur Verfügung gestellt wird.
  2. Eine Brille wird nur noch bei Kindern und Jugendlichen und bei schwer Sehbeeinträchtigten gewährt. Die Bestimmung der Sehschärfe wird vom Arzt vorgenommen, die Entscheidung über die Leistung trifft die Krankenkasse.



## Pažnja !!

### Važne izmene u vašem lecenju od 01.01.2004

1. Ako primete socialno po paragrafu 3 (dosadašnji zeleni krankensajni). Za vas se ne menja ništa. Vi ste i dalje oslobodjeni svake doplate, što znaci, ne placate kod vašeg lekara i ne placate recepte.
2. Primete socijalno po paragrafu 2 (dosadašnji beli krankensajni) onda obratite pažnju na sledece izmene :
  - a) Vi ne dobijate više kao do sada krankensajne od vaše socijale vec cipkarticu od krankenkase koju ste odabrali. Ovu karticu morate kod svake posete lekara da pokažete. Ako morate kod lekara, a jos uvek nemate karticu, dobijate od vaše socijale potvrdu da ste prijavljeni krankenkasi. Ovu potvrdu možete pokazati lekaru.
  - b) U okviru jednog kvartala morate kod svake posete lekara ili zubara da platite taksu u visini od 10 evra Maloletna deca su oslobodjena takse.
  - c) Kod svakog lekarskog prepisa lekova, pomocnih utenzila kao i kucne nege morate takodje doplatiti i to najmanje 5 ali najviše 10 evra.
3. Koliko morate najviše doplatiti ? U okviru jedne godine vaše ucešce iznosi najviše 71,04 evra kad dostignete ovu sumu, možete kod vaše krankenkase da predate zahtev da vas oslobodi dajnjeg doplacivanja za sledecu godinu ali. Obratite pažnju !! da o svakom vašem ucešcu morate da sacuvate racune i ove priložite kod krankenkase.  
Ako ove ne priložite necete biti oslobodjeni.
4. Hronicno bolesni pacijenti placaju ubuduće 35,52 evra. Koji pacijenti spadaju u grupu hronicno bolesnih, dokazace ovo krankenkasi, sa potvrdom od svog lekara.  
AOK za ovo izdaje besplatne formulare. Ako ste se odlucili za druge krankenkase, onda upitajte tamo za formulare.
5. Kod naocara nema izmena samo kod maloletnika i pacijenata sa velikom dioptrijom i smetnjama u vidu. Do koje mere jedan pacijent ima smetnje u vidu, potvrđuje mu njegov ocni lekar, pa na osnovu toga krankenkasa odlucuje o svom ucešcu.



**Vini Re !!!**  
**Ndryshime të rëndë si shme !!!**  
**Çfarë duhet të kem unë parasysh mbas datës 01.01.2004 në lamin e shërbimit mjeksor.**

1. A merrni ju shërbimet sociale sipas § 3 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjeksor me ngjyrë jeshile) ? Në se po, atëhere për Ju nuk ndryshon kurrfarëgjaje. Pra, si edhe më parë Ju nuk do të paguani taksën e mjekut (prej 10€), as edhe pagesa shtesa për barnat mjeksore dhe mjete shëruese.
2. A merrni Ju shërbimet sociale sipas § 2 AsylbLG (pra a merrni Ju dëftesë për shërbim mjeksor me ngjyre të bardhë) ? Në se po, tani e tutje duhet të mbani parasysh geramat e mëposhtëme :
  - a) Ju nuk do të merrni më tutje prej entit të socialit dëftesën për shërbim mjeksor, perndryshe Ju do të merrni prej Kasës (Arkës) mjeksore që ju e keni zgjedhur vetë, një Chipkarte. Kjo Chipkarte duhet paraqitur mjekut sa herë që Ju shkoni me u vizitue tek ai. Për periudhën – kohën që Ju hala nuk keni marrë prej Kases mjeksore kete Chipkarte, enti i socialit ju jep Ju një vërtetim, të cilin Ju duhet të ja paraqitni dhe dorëzoni mjekut.
  - b) Ju duhet të paguani 10 € taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i përgjithshëm dhe 10€ taksë në cdo 3 muaj tek mjeku i dhambeve. Fëmijët e vegjël janë të liruar prej këtyre dy pagesave – taksa.
  - c) Për çfarë do lloji barnash ose medikamentesh që mjeku shkruan për Ju (edhe në rastet kur mjeku shkruan për Ju kujdes mjeksor në banesë), Ju duhet të paguani një shtesë të hollash. ( Ma së paku 5 € dhe ma së shumti 10 €).
3. Sa të holla duhet me pague unë ma së shumti ? Brenda 1 viti kalendarik duhet me pague gjithsejt 71,04 € Kjo shumë të hollash është kufini maksimal. Në qoftëse Ju e keni arritur këtë shumë të hollash, atëhere Ju duhet me ba një kërkesë tek Kasa e shërbimit mjeksor për me liruar nga pagesat e tjera per periudhëe mbetur deri në fundin e vitit kalendarik.  
**Porse duhet me pasë shumë kujdes !!!**  
Të gjitha pagesat që ju keni ba duhet të vërtetohen. Për këtë Ju duhet të grumbulloni të gjitha dëftesë – pagesat si përshembull – dëftesë – pagesën për taksën e mjekut, dëftesë – pagesën për barnat e të tjera si këto, dhe të gjitha sëbashku të ja paraqitni Kasës mjeksore. **Pagesat që Ju nuk i vërtetoni, nuk merren parasysh.**
4. Kufini i pagesave për personat me sëmundje kronike është 35,52 € Personi me sëmundje kronike duhet të paraqesë pranë Kasës mjeksore Vërtetimin përkatës të lëshuar nga mjeku juaj, i cili provon se Ju jeni i sëmurë kronik per ketë Kasa mjeksore AOK ven për Ju në dispozicion formularin përkatës pa pagesë. Nëqoftëse Ju keni zgjedhur një Kasë mjeksore tjetër (pra jo AOK), Ju duhet të interesoheni vetë pranë asaj Kase mjeksore në se ajo Ju ven në dispozicion formularin me anë të cilit mjeku duhet të vërtetojë se Ju jeni i semurë kronik.
5. Vetëm fëmijët dhe të rinjtë si dhe personat me shikim të dëmtuar rëndë kanë të drejtë për syze – gjyslyke. Shkalla e dëmtimit të shikimit përcaktohet nga mjeku ndërsa, vendimin ka të drejtë me e marrë Kasa mjeksore.



إنتبه!  
تغييرات مهمة!!

ما الذي يجب علي أن انتبه له في مجال العلاج  
الصحي؟

1 هل تحصل على المساعدات بناء على المادة الثالثة من قانون مساعدة طالبي اللجوء ( بطاقة علاج  
خضراء)؟ في هذه الحالة لن يتغير أي شئ بالنسبة لك. و لا يجب أن تدفع تكاليف إضافية. وينطبق هذا  
على كافة الخدمات الصحية بما فيها تعريفه مراجعة عيادة الطبيب والتكاليف الإضافية فيما يتعلق  
بالأدوية.

2 هل تحصل على المساعدات بناء على المادة الثانية من قانون مساعدة طالبي اللجوء (بطاقة علاج  
بيضاء)؟ في هذه الحالة عليك أن تنتبه لمايلي:

- (أ) لن تحصل من الآن فصاعدا على بطاقة العلاج الطبي من مكتب المساعدات وإنما ستستلم  
بطاقة الكترونية من المؤسسة الصحية Krankenkasse التي يحق لك أن تختارها بنفسك.  
ويجب إبراز هذه البطاقة للحصول على الخدمات الطبية المطلوبة. وفي حالة إضطرارك  
لمراجعة الطبيب قبل أن تحصل على البطاقة الإلكترونية يقوم مكتب المساعدات بوضع وثيقة  
مؤقتة تثبت بأنك قمت بتقديم طلب رسمي للحصول على البطاقة الإلكترونية. ويمكن إستخدام  
هذه الوثيقة لدى مراجعة الطبيب.
- (ب) لدى مراجعة الطبيب أو طبيب الأسنان يجب أن تدفع 10 € للفصل الواحد. ولا ينطبق هذا على  
الأطفال القاصرين في العمر .
- (ج) يجب دفع مبلغ إضافي لكل وصفة طبية ولكل أشكال العلاج والتوجيهات الطبية (مثل توفير  
الخدمات الصحية المنزلية) وكذلك الأدوات الضرورية. (الحد الأدنى 5 € والحد الأقصى 10 €).

3 ما هو الحد الأعلى للمبلغ الذي يجب علي دفعه؟

يجب عليك أن تدفع في السنة التقويمية مساهمة مالية تبلغ 71,04 €. هذا هو الحد الأقصى. في حالة  
وصول هذا الحد يمكن أن تقدم طلبا للـ "Krankenkasse" لتحريرك من المساهمة المالية لما تبقى من  
السنة.

إنتبه لما يلي:

يجب أن تقدم ما يثبت حصولك على الخدمات الطبية حتى ذلك الوقت. لذلك يجب بكل الوصولات المتعلقة  
بتعريفه المراجعة وحصنة ثمن الأدوية .. الخ.  
أما الخدمات التي لا تتوفر حولها وصولات فإنها لن تؤخذ بنظر الإعتبار.

4 يبلغ الحد الأعلى من المساهمة المالية بالنسبة للمصابين بأمراض مستعصية 35,52 €. في حالة كونك  
مصابا بمرض مستعص يجب عليك أن تقدم تقريرا طبيا حول ذلك إلى الـ "Krankenkasse" . هناك  
لدى مؤسسة " AOK " إستثمارات خاصة بذلك. أما بالنسبة للمؤسسات الأخرى فعليك أن تسأل هناك فيما  
إذا كانت لديها إستثمارات مماثلة.

5 لا تعطى النظارات إلا للأطفال والقصرين وللمصابين بأمراض مستعصية في العينين. ويقوم الطبيب بتحديد درجة قصر أو بعد النظر أما قرار تقديم الخدمات المطلوبة فيتم من قبل المؤسسة الصحية "Krankenkasse"