

Zuzahlungen für Haushaltshilfe / Familienpflege nach § 38 SGB V

- Die tägliche Zuzahlung beträgt mindestens 5 € und höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als die tägliche Kassenleistung für die Haushaltshilfe.
- Die Zuzahlungen werden durch die zuständige Krankenkasse erhoben. Die Höhe der prozentualen Zuzahlung pro Kalendertag wird rückwirkend anhand der Rechnung des Leistungserbringers ermittelt und von der Krankenkasse in Rechnung gestellt.
- Die prozentuale Zuzahlung ist auch zu entrichten bei einer Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe. Hier behält die Krankenkasse 10 % der für die Leistungserbringung erstatteten Kosten ein. Die Regelungen für den täglichen Mindest-/ bzw. Höchstbetrag gilt analog.
- **Wird Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung erbracht, so sind keine Zuzahlungen zu entrichten, da § 1999 RVO nicht entsprechend gesetzlich verändert wurde.**
- Bei der Erbringung von Haushaltshilfe aufgrund einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme besteht jedoch eine Zuzahlungspflicht.

Sonstige Regelungen für Familien, Kinder und Jugendliche:

- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr müssen keine **Praxisgebühr** zahlen.
- Bei **Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen** (U-Untersuchungen und J-Untersuchungen, während der Schwangerschaft, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheits-Check, ab dem 35. Lebensjahr, 2 x jährliche Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt) fällt keine Praxisgebühr an.
- Eine Zuzahlung für **rezeptpflichtige Medikamente** fällt bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich nicht an.
- Für Kinder, die jünger als 12 Jahre sind, und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen erstatten die gesetzlichen Krankenkassen auch **alle rezeptfreien Arzneimittel**.
- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erhalten für ihre **Brille** einen Zuschuss von ihrer Krankenkasse.
- Sofern ein Familienmitglied als chronisch krank anerkannt ist, wird für alle Familienmitgliedern 1 % Zuzahlungsbelastung zugrunde gelegt.

- Kosten für die Empfängnisverhütung bei Minderjährigen, das Mutterschaftsgeld und Krankengeld bei einer Erkrankung des Kindes werden weiterhin von der Krankenkasse übernommen.

Berechnung der Zuzahlungsgrenze:

Ausgangswert für die Berechnung der Belastungsgrenze sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Dazu gehören alle Einnahmen (Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und einem Gewerbebetrieb)

Nicht berücksichtigt werden:

Renten nach dem Bundesversorgungs- und Bundesentschädigungsgesetz, Pflegezulage nach § 55 BVG, Blindengeld nach § 67 BSHG, Erziehungsgeld, Leistungen des Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind“, Leistungen für Kindererziehung nach § 299 SGB VI, Abfindungen aus einer privaten Lebensversicherung, Alters- und Behindertenmehrbedarf, Bafög-Leistungen.

Berechnungsbeispiel:

Bruttoeinkommen beider Ehepartner: 45.000€

- Freibetrag für den Ehepartner	4.347 € (jährlich festgesetzte Bezugsgröße)
- Freibetrag für das erste Kind	3.648 €* <u>3.648 €* 33.357 €</u> (maßgebendes Familieneinkommen)
- Freibetrag für das zweite Kind	

jährliche Belastungsgrenze = 2%	667,14 €
monatlich im Durchschnitt	55,60 €

jährliche Belastungsgrenze = 1%	333,57 €
monatlicher Durchschnitt	27,80 €

1. Bei Alleinerziehenden wird für das 1. Kind der (höhere) „Ehegattenfreibetrag“ abgezogen.
2. Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten werden 2.898 € (Bezugsgröße für 2004) abgezogen.
3. * Die Verbraucherzentrale Berlin vertritt die Rechtsposition, dass der Freibetrag von 3.648 € pro Kinder um den vom Gesetzgeber vorgesehenen zusätzlichen Freibetrag für den Betreuungs-, Erziehungs- und Ausbildungsbedarf in Höhe von 1.080 € erhöht werden muss auf insgesamt 5.808 €. Die Verbraucherzentrale empfiehlt deshalb Familien schriftlich bei der Krankenkasse gegen einen zu niedrigen Kinderfreibetrag Widerspruch einzulegen.

1. Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten

Anerkennungskriterien:

- wenigstens ein Jahr lang mindestens 1 x pro Quartal behandlungsbedürftig und
- Pflegestufe II oder III oder
- mindestens 60 % GdB oder 60 % MdE oder
- notwendige kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

2. Krankentransport-Richtlinien

- Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung (Dialysebehandlung, onkologische Strahlenbehandlung, onkologische Chemotherapie)

3. Anpassung der Heilmittel-Richtlinien ab 01.04.2004

- Längerfristige Verordnungen von Heilmitteln (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprech- und Sprachtherapie)
- Kontinuierliche Behandlung sichern
- Verordnungsmengen so anpassen, dass unnötige Praxisgebühren vermieden werden;
- keine Altersbegrenzung für Kinder mit ZNS
- keine Einschränkung von Frühförderung durch Heilmittelverordnungen

4. Arzneimittel-Richtlinien ab 01.04.2004

- Regelungen zur Kostenübernahme für rezeptfreie Arzneimittel (OTC-Präparate)
- Verordnung ist zulässig bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen und wenn sie als Therapiestandard gelten;
- Ausnahmeliste (mit Auflistung von Medikamenten / Wirkstoffen / Indikationen)
- Festlegung der nicht verordnungsfähigen Lifestyle-Präparate