



Krankenversicherung für ALG II und Sozialgeld Bezieher

Oktober 2005

***Gisela Tripp, Arbeitslosenzentrum Dortmund
Leopoldstr. 16-20, 44145 Dortmund, Tel. 0231/812124
e-mail: giselatripp@alz-dortmund.de***

***Jonny Bruhn-Tripp, Evangelisches Bildungswerk der
Vereinigten Kirchenkreise Dortmund, Fachbereich
Erwachsenenbildung,
Schwanenwall 34, 44137 Dortmund, Tel. 0231/8494 416
e-mail: jonny.bruhn-tripp@vkk-do.de***

Einleitung

Diese Broschüre informiert über wichtige Fragen zur Krankenversicherung von Arbeitslosengeld II (ALG II) und Sozialgeld Beziehern.

Informiert wird über die Fragen:

- § Sind alle ALG II und Sozialgeld Bezieher über den Bezug von Leistungen des ALG II und Sozialgeld krankenversichert?
- § Sind Selbständige, die aufgrund niedrigen Einkommens und Hilfebedürftigkeit ALG II oder Sozialgeld beziehen, in den Schutz der Krankenversicherung einbezogen?
- § Sind ALG II und Sozialgeld Bezieher bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung zuzahlungspflichtig?

Veröffentlichungen des ALZ Dortmund und des Ev. Bildungswerkes Dortmund zu den neuen Sozialgesetzen:

- Das neue Arbeitslosengeld II
- Berechnung des Fürsorgebedarfs an Leistungen des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes
- ALG II und Sozialgeld für Alleinerziehende
- Der Arbeitslosengeld II Zuschlag
- Die neue Kinderzulage zur Bekämpfung der Kinderarmut
- Sanktionen für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II
- Die neue Sozialhilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII
- Die neue Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter voller Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII
- Fragen und Antworten zum Sozialhilferegelsatz und den Regelleistungen des ALG II und Sozialgeldes

Die Informationsbroschüren befinden sich auf der Homepage des ALZ Dortmund und des Evangelischen Bildungswerkes Dortmund.

Inhaltsverzeichnis

II. ALG II und Krankenversicherungsschutz: Pflicht- und Familienversicherung	5
III. Sozialgeld und Krankenversicherung	14
IV. Krankenversicherungsschutz für freiwillig oder privat Krankenversicherte und für eheähnliche Partner im Sozialgesetzbuch II	18
V. Bedürftigkeitsprüfung und Höhe des Zuschusses für eine private oder freiwillige Krankenversicherung	24
VI. Selbständige mit ALG II Bezug	27
VII. ALG II, Sozialgeld und Krankengeld	28
XIII. ALG II, Sozialgeld, Sozialhilfe und Krankenver- sicherungsschutz	29
IX. Verstreute Fragen	33
X. Zuzahlungen für ALG II Bezieher	34
1. Umfang zuzahlungspflichtiger Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen	36
2. Zuzahlungen bei Arzneimitteln	38
3. Katalog der von der Krankenkasse zu übernehmenden Fahrkosten	40
4. Belastungsgrenze der Zuzahlungspflicht für ALG II Bezieher	41
X. ALG II, Sozialgeld und Zahnersatz	44

Anlagen	49
1. Sozialgesetzbuch II.	49
§ 26 Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht	49
2. SGB V Krankenversicherung	50
§ 5 Versicherungspflicht	50
§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht	50
§ 9 Freiwillige Versicherung	51
§ 10 Familienversicherung	52
§ 55 Leistungsanspruch (Zahnersatz)	54
§ 61 Zuzahlungen	56
§ 62 Belastungsgrenze	57
§ 246 Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II	58
§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung	59
3. Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilfe	59
§ 32 Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung	59
§ 48 Hilfe bei Krankheit	60
§ 52 Leistungserbringung, Vergütung	60
§ 73 Hilfe in sonstigen Lebenslagen	60

I. ALG II und Krankenversicherungsschutz: Pflicht- und Familienversicherung

Inhaltsübersicht

In diesem Kapitel werden folgende Fragen behandelt:

- § Sind Bezieher von ALG II **pflichtversichert** oder **familienversichert** in der gesetzlichen Krankenversicherung?
- § Für welche ALG II Bezieher besteht über die **Pflichtversicherung** ein Krankenversicherungsschutz?
- § Besteht für ALG II Bezieher, denen Leistungen auf **Darlehensbasis** gewährt werden, ein Krankenversicherungsschutz?
- § Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für ALG II Bezieher, die **freiwillig** oder **privat** krankenversichert sind?
- § Für welche ALG II Bezieher besteht über die **Familienversicherung** ein Krankenversicherungsschutz?
- § Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für **eheähnliche** Partner?

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Pflichtversicherung in der Krankenversicherung</i></p> <p>Welche Leistungen des Sozialgesetzbuch II (SGB II) begründen eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung?</p>	<p>Erste Antwort</p> <p>Eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet der Bezug (darlehensfrei gewährter) <u>laufender Leistungen des ALG II</u></p> <p>Zweite Antwort</p> <p>Folgende Leistungen des SGB II begründen keine Versicherungspflicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Sozialgeld § Einstiegsgeld § Gewährung von laufenden Leistungen des ALG II als Darlehen § Bezug von einmaligen Leistungen § Übernahme von Mietschulden
<p><i>Pflicht- und Familienversicherung von ALG II Beziehern in der gesetzlichen Krankenversicherung</i></p> <p>Wer erhält ALG II?</p>	<p>ALG II erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Vollendung des 15. Lebensjahres.</p> <p>Zum ALG II leistungsberechtigten Personenkreis gehören z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitslose ohne oder mit einem unterhalb des ALG II Bedarfs liegenden ALG I - Beschäftigte, Selbständige, Beamte mit einem unterhalb des ALG II Bedarfs liegenden Nettoeinkommen

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Pflicht- und Familienversicherung von ALG II Beziehern</i></p> <p>Sind Bezieher von ALG II krankenversichert?</p> <p><i>Begründet der Bezug von ALG II eine Pflichtversicherung und eine Familienversicherung von Angehörigen in der Krankenversicherung?</i></p>	<p>Ja, jeder Bezieher (darlehensfrei gewährter) <u>laufender Leistungen des ALG II</u>, ist in der gesetzlichen Krankenversicherung entweder <u>pflichtversichert</u> oder <u>familienversichert</u>.</p> <p>Laufende Leistungen des ALG II / Sozialgeldes sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Regelleistungen § Mehrbedarfsleistungen § Unterkunftskosten § Heizkosten § Befristeter Zuschlag auf ALG II
<p><i>Einmalige Leistungen des ALG II und Krankenversicherung</i></p> <p>Sind Hilfebedürftige, die nur einmalige Leistungen des ALG II beziehen, über den Bezug der einmaligen Leistungen krankenversichert?</p> <p>Sind Hilfebedürftige, die ALG II Leistungen für unabwiesbare Unterhaltsbedarfe oder wegen Mietschulden auf Darlehensbasis erhalten, über den Bezug dieser Leistungen krankenversichert?</p>	<p>Nein! Hilfebedürftige, die <u>ausschließlich</u> einmalige Leistungen des ALG II beziehen, sind über diesen ALG II Bezug <u>nicht krankenversichert</u>.</p> <p>Nein! Hilfebedürftige, die <u>neben</u> Darlehen für unabwiesbare Bedarfe oder wegen Mietschulden keine laufenden Leistungen des ALG II beziehen, sind über den den Bezug dieser Darlehensleistungen <u>nicht krankenversichert</u>.</p> <p>Einmalige Leistungen des ALG II / Sozialgeldes sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Erstausrüstung für Bekleidung § Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte § Erstausrüstung für Bekleidung und Wohnung bei Schwangerschaft und Geburt § Mehrtägige Schulklassenfahrten

Thema / Frage	Antwort
<p data-bbox="154 164 412 244"><i>Freiwillige und Private Krankenversicherung bei ALG II Bezug</i></p> <p data-bbox="154 276 404 328"><i>Selbständige und Krankenversicherung</i></p> <p data-bbox="154 360 398 632">Sind Bezieher darlehensfrei gewährter Leistungen des ALG II, die <u>vor dem Bezug</u> von ALG II freiwillig oder privat krankenversichert waren, in den Schutz der Krankenversicherung einbezogen?</p>	<p data-bbox="443 164 602 188">Erste Antwort</p> <p data-bbox="443 220 994 355">Bezieher (darlehensfrei gewährter) laufender Leistungen des ALG II sind prinzipiell über die Pflicht- oder Familienversicherung in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.</p> <p data-bbox="443 360 994 496">Der Bezug darlehensfrei gewährter laufender ALG II Leistungen erlaubt zuvor freiwillig oder privat Krankenversicherten eine Rückkehr in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.</p> <p data-bbox="443 528 617 552">Zweite Antwort</p> <p data-bbox="443 584 994 719">Vormalig freiwillig oder privat Krankenversicherten, die weiterhin freiwillig oder privat krankenversichert bleiben wollen, wird <u>auf Antrag ein Zuschuss</u> zu den Versicherungsbeiträgen gewährt.</p> <p data-bbox="443 751 994 999">Der <u>Zuschuss</u> für eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung ist auf maximal <u>139.88 Euro / Monat</u> begrenzt. Die zu zahlende Höhe des auf 139.88 Euro begrenzten Zuschusses richtet sich nach dem Umfang der Hilfebedürftigkeit. Über den Zuschuss von 139.88 Euro liegende Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge müssen vom ALG II Bezieher getragen werden.</p> <p data-bbox="443 1031 994 1078">Voraussetzung für die Gewährung des Zuschuss ist:</p> <ul data-bbox="443 1110 994 1246" style="list-style-type: none"> - es besteht kein vorrangiger Familienversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein über die Familienversicherung herstellbarer Krankenversicherungsschutz ist vorrangig..

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Pflichtversicherung und ALG II</i></p> <p>Welche ALG II Bezieher sind nicht <u>pflichtversichert</u> in der Krankenversicherung?</p> <p><i>Begründet der Bezug darlehensweise gewährter Leistungen des ALG II oder der <u>ausschließliche Bezug einmaliger Beihilfen</u> eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung?</i></p>	<p>Erste Antwort</p> <p>Nicht pflichtversichert ist, wer in der Gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert werden kann.</p> <p>Zweite Antwort</p> <p>Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die ALG II auf <u>Darlehensbasis</u> erhalten oder <u>nur einmalige Beihilfen</u> zum Lebensunterhalt beziehen, sind <u>nicht pflichtversichert</u> in der Gesetzlichen Krankenversicherung.</p> <p>Folgender Bezug von Leistungen des ALG II begründet keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung:</p> <p>§ Leistungen des ALG II auf <u>Darlehensbasis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Darlehensweise Gewährung von ALG II Leistungen an Auszubildende - Darlehen zur Übernahme von Mietschulden - Darlehen für einmalige und/oder unabweisbare Bedarfe des notwendigen Lebensunterhalts - Darlehensweise Gewährung von ALG II Leistungen in Härtefällen, z.B. wenn die sofortige Verwertung von Vermögen eine besondere Härte bedeuten würde <p>§ <u>Ausschließlicher Bezug</u> von einmaligen Beihilfen für die Erstausrüstung für Bekleidung, für die Wohnung oder für Schulklassenfahrten</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Pflichtversicherung und ALG II Welche Bezieher von darlehensfrei gewährter ALG II Leistungen sind <u>pflichtversichert</u>?</p>	<p>Pflichtversichert sind die ALG II Bezieher, die nicht <u>vorrangig familienversichert</u> werden können.</p> <p>Ist ein ALG II Bezieher „familienversicherbar“, hat dies <u>Vorrang</u> vor der Pflichtversicherung.</p>
<p>Familienversicherung und ALG II Welche Bezieher darlehensfrei gewährter Leistungen des ALG II sind in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert?</p>	<p>Familienversichert sind unter den <u>allgemeinen Voraussetzungen</u> für eine Familienversicherung die Angehörigen von Pflichtversicherten. Die Familienversicherung tritt für Angehörige unabhängig davon ein, ob die Angehörigen und der Pflichtversicherte in einer Bedarfsgemeinschaft leben.</p>
<p>Familienversicherung und ALG II Was sind die <u>allgemeinen Voraussetzungen</u> für eine Familienversicherung?</p>	<p>Die <u>allgemeinen Voraussetzungen</u> muss der Angehörige erfüllen. Allgemeine Voraussetzungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland § Keine vorrangige Pflichtversicherung, z.B. als Arbeiter, Angestellte, Berufsauszubildende, Arbeitslose mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder Unterhaltsgeld, pflichtversicherte Bezieher einer Alters-, Erwerbsminderungs- oder Hinterbliebenenrente oder als <u>freiwillig Krankensversicherter</u> § Keine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit § Nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig § Kein Gesamteinkommen, das regelmäßig im Monat 1/7 der Bezugsgröße übersteigt: Jahr 2005 345 Euro bei geringfügig Beschäftigten 400 Euro

Thema / Frage	Antwort
<p>Familienversicherung und ALG II</p> <p>Welche Angehörigen eines pflichtversicherten ALG II Bezieher sind <u>familienversichert</u>?</p>	<p>Familienversichert sind unter den allgemeinen Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Zusammen lebende Ehepartner § Getrennt lebende Ehepartner § Kinder des Pflichtversicherten
<p>Familienversicherung, Eheähnliche Partner und ALG II</p> <p>Sind eheähnliche Partner über den pflichtversicherten ALG II Bezieher familienkrankenversichert?</p>	<p>Nein! Eheähnliche Partner sind über einen pflichtversicherten ALG II Bezieher nicht familienversichert.</p> <p>Ist der eheähnliche Partner ALG II Bezieher, ist er pflichtversichert. Erhält er wegen fehlender Erwerbsfähigkeit kein ALG II, sondern <u>Sozialgeld</u>, so besteht ein Anspruch auf den pauschalen Zuschuss von 139.88 Euro für eine private oder freiwillige Krankenversicherung.</p>
<p>Familienversicherung, Kinder und ALG II</p> <p>Welche Kinder des Pflichtversicherten sind familienversichert?</p>	<p>Kinder sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> § leibliche Kinder § Adoptivkinder § Pflegekinder § Enkel und Stiefkinder, soweit der Pflichtversicherte sie überwiegend unterhält § als Stiefkinder des Pflegeversicherten gelten auch Kinder eines (homosexuellen) <u>Lebenspartners</u>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Familienversicherung, Kinder und ALG II</i></p> <p>Bis zu <u>welchem Lebensalter</u> sind Kinder unter den allgemeinen Voraussetzungen familienversichert?</p>	<p>Familienversichert sind Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.</p> <p>Unter den allgemeinen Voraussetzungen sind Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus familienversichert</p> <ul style="list-style-type: none"> § bis zur Vollendung des <u>23. Lebensjahres</u>, wenn sie nicht erwerbstätig sind § bis zur Vollendung des <u>25. Lebensjahres</u>, wenn sie <ul style="list-style-type: none"> - eine Schul- oder Berufsausbildung besuchen - ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten § über das 25 hinaus für die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes, wenn sie eine Schul- oder Berufsausbildung besuchen und diese durch den Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder hinausgezögert wird
<p><i>Familienversicherung, Kinder und ALG II</i></p> <p>Bis zu welchem Lebensalter sind <u>behinderte Kinder</u> unter den allgemeinen Voraussetzungen familienversichert?</p>	<p>Erste Antwort</p> <p>Behinderte Kinder sind wie andere Kinder familienversichert.</p> <p>Zweite Antwort</p> <p>Behinderte Kinder sind <u>ohne Altersgrenze</u> familienversichert, wenn sie wegen der Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten und die Behinderung <u>zu einem Zeitpunkt vorlag</u>, in dem das Kind bereits familienversichert war.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Familienversicherung, Kinder und ALG II</p> <p>Welche Kinder sind <u>nicht</u> über den pflichtversicherten ALG II Bezieher <u>familienversichert</u>?</p>	<p>Kinder des <u>pflichtversicherten ALG II Beziehers</u> sind nicht über dessen Pflichtversicherung familienversichert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> § der mit den Kindern verwandte Ehepartner oder homosexuelle Lebenspartner nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und § das Gesamteinkommen des Partners regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresentgeltgrenze übersteigt (2005: 46.800 Euro / Monat: 3.900 Euro) und § das Gesamteinkommen des Partners regelmäßig höher als das Einkommen des pflichtversicherten ALG II Beziehers ist
<p>Familienversicherung und Kinder eines eheähnlichen Partners des ALG II Beziehers</p> <p>Sind <u>Kinder eines eheähnlichen Partners</u> über den anderen eheähnlichen Partner familienversichert?</p>	<p>Erste Antwort</p> <p>Ist das Elternteil des Kindes pflichtversichert, so ist das Kind unter den allgemeinen Voraussetzungen über das Elternteil familienversichert.</p> <p>Zweite Antwort</p> <p>Über den eheähnlichen Partner des nicht pflichtversicherten Elternteils kann das Kind nicht familienversichert werden, wenn der Partner <u>nicht Elternteil</u> des Kindes ist.</p>
<p>Familienversicherung und ALG II</p> <p>Sind Eltern, die nicht ALG II beziehen, über ihre erwerbsfähigen und ALG II beziehenden Kinder familienversichert?</p>	<p>Nein! Eltern können nicht über ihre pflichtversicherten Kinder familienversichert werden.</p> <p>Auch wenn die Eltern mit ihren Kindern in einer Bedarfsgemeinschaft leben, kann eine Familienversicherung <u>nicht</u> hergestellt werden.</p>

III. Sozialgeld und Krankenversicherung

In diesem Kapitel werden die Fragen behandelt:

- § Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Bezieher von **Sozialgeld**?
- § Sind Bezieher von Sozialgeld **pflicht- oder familienversichert** in der gesetzlichen Krankenversicherung?
- § Haben Bezieher von Sozialgeld, die nicht pflicht- oder familienversichert sind, einen Anspruch auf einen Zuschuss für eine freiwillige oder private Krankenversicherung?

Thema / Frage	Antwort
<p>Sozialgeld und Krankenversicherung</p> <p>Wer erhält Sozialgeld?</p>	<p>Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben <u>und</u> keinen Anspruch auf Leistungen der sozialen Grundsicherung wegen dauerhafter voller Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII haben.</p> <p>Bedarfsgemeinschaften bilden:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Alleinstehende Erwerbsfähige § Alleinerziehende Erwerbsfähige § Erwerbsfähige und ihre Partner <p>Partner sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der nicht dauernd getrennt lebende Ehepartner - der "eheähnliche" Partner - der nicht dauernd getrennt lebende eingetragene homosexuelle Lebenspartner <p>§ die dem Haushalt angehörenden minderjährigen, unverheirateten Kinder des Erwerbsfähigen oder seines Partners, <u>soweit</u> deren eigenes Einkommen und Vermögen nicht die Leistungen ihres Lebensunterhalts abdeckt</p>
<p>Sind Bezieher von Sozialgeld pflichtversichert?</p>	<p>Nein! Der Bezug von Sozialgeld begründet <u>keine</u> Pflichtversicherung.</p>
<p>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Bezieher von Sozialgeld?</p>	<p>Krankenversicherungsschutz für Bezieher von Sozialgeld besteht entweder über die <u>Familienversicherung</u> oder über eine <u>freiwillige oder private Krankenversicherung</u>.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Krankenversicherungsschutz, Sozialgeld und Sozialhilfe</i></p> <p>Wie kann für Bezieher von Sozialgeld, die nicht familienversichert sind, ein Krankenversicherungsschutz hergestellt werden?</p>	<p>Erste Antwort</p> <p>Bezieher von Sozialgeld, die nicht familienversichert oder sonstwie krankenversichert sind, können sich freiwillig oder privat krankenversichern.</p> <p>In diesem Fall besteht ein Anspruch auf den auf 139.88 Euro begrenzten Zuschuss zu einer freiwilligen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung.</p> <p>Übersteigt der Beitrag zur freiwilligen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung den Zuschuss, so <u>kann</u> über die <u>Sozialhilfe zum Lebensunterhalt</u> oder der <u>Sozialhilfe in sonstigen Lebenslagen</u> die Übernahme der den Zuschuss übersteigenden Beiträge als <u>Beihilfe</u> oder <u>Darlehen</u> beantragt werden.</p>
<p><i>Krankenversicherungsschutz, Sozialgeld und Sozialhilfe</i></p> <p>Wie kann für Bezieher von Sozialgeld, die nicht krankenversichert sind, eine Absicherung für den Krankheitsfall hergestellt werden?</p>	<p>Besteht für Bezieher von Sozialgeld kein Krankenversicherungsschutz, so kann die Absicherung für den Krankheitsfall nur über die Leistungen der Sozialhilfe erfolgen.</p> <p>In der Sozialhilfe kann eine Absicherung für den Krankheitsfall hergestellt werden über</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Übernahme von Beiträgen für eine freiwillige Krankenversicherung - die Gewährung von Leistungen der Sozialhilfe zur Gesundheit - Hilfe in sonstigen Lebenslagen - Kosterstattung für von der Krankenkasse geleistete Krankenbehandlung

Thema / Frage	Antwort
<p data-bbox="154 188 426 244"><i>Krankenversicherungsschutz und das SGB II</i></p> <p data-bbox="154 272 398 408">Gibt es Sozialgeld Bezieher ohne Krankenversicherungsschutz über das SGB II?</p>	<p data-bbox="452 188 994 244">Ja! Ohne Krankenversicherungsschutz sind die Sozialgeld Bezieher,</p> <ul data-bbox="452 272 994 770" style="list-style-type: none"> - die nicht über ALG II beziehende erwerbsfähige Hilfebedürftige <u>familienversichert</u> werden können - die sich nicht <u>freiwillig</u> krankenversichern können - die von privaten Krankenversicherungen abgewiesen werden - die aufgrund ihrer finanziellen Verhältnisse nicht in der Lage sind, die über den Zuschuss von 139.88 Euro hinausgehenden Beträge für eine freiwillige oder private Krankenversicherung aufzubringen - die nach dem SGB XII in der Sozialhilfe nicht die Voraussetzung für eine Übernahme freiwilliger Krankenversicherungsbeiträge erfüllen oder keine sonstige Sozialhilfe zur Herstellung eines Krankenversicherungsschutzes erhalten

IV. Krankenversicherungsschutz für freiwillig oder privat Krankenversicherte und für eheähnliche Partner im Sozialgesetzbuch II

In diesem Kapitel werden die Fragen wiederholt und behandelt:

- § Wie ist der Krankenversicherungsschutz für privat oder freiwillig versicherte Bezieher von ALG II geregelt?
- § Welche Leistungen erhalten ALG II oder Sozialgeld Bezieher zur Fortführung der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung?
- § Unter welchen Voraussetzungen werden ALG II oder Sozialgeld Beziehern Leistungen zur Fortführung einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung gewährt?
- § Wie ist der Krankenversicherungsschutz für eheähnliche Partner geregelt?

Thema / Frage	Antwort
<p><i>ALG II und freiwillige oder private Krankenversicherung</i></p> <p>Können sich ALG II Bezieher weiterhin freiwillig oder privat krankenversichern?</p>	<p>Ja, ALG II Bezieher, die vor dem Bezug von ALG II freiwillig oder privat krankenversichert waren, können sich für die Zeit des ALG II Bezugs weiterhin freiwillig oder privat krankenversichern.</p>
<p>Welche Leistungen erhalten ALG II Bezieher für die Fortführung der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung?</p>	<p>Für die Dauer des ALG II Bezugs erhalten ALG II Bezieher einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen.</p>
<p>Ist der Zuschuss zur Fortführung der freiwilligen oder privaten Krankenversicherung begrenzt?</p>	<p>Ja! Der Zuschuss ist begrenzt auf: <u>139.88 Euro</u> für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der <u>Bedürftigkeit</u>, maximal beträgt er 138.88 Euro.</p>
<p>Wer trägt die Kosten für über den begrenzten Zuschuss hinausgehende Versicherungsbeiträge?</p>	<p>Reicht der Zuschuss nicht zur Deckung der freiwilligen oder privaten Versicherungsbeiträge aus, muss der übersteigende Betrag privat aufgebracht werden. Bei Vorliegen einer Sozialhilfebedürftigkeit <u>kann</u> über die Sozialhilfe eine den Zuschuss aufstockende Leistung gewährt werden.</p>
<p>Ist die Gewährung des Zuschusses daran gebunden, dass ALG II <u>darlehensfrei</u> gewährt wird?</p>	<p>Erste Antwort Beziehern <u>darlehensfrei</u> gewährter laufender ALG II Leistungen, <u>ist</u> der Zuschuss darlehensfrei zu gewähren.</p> <p>Zweite Antwort Beziehern <u>darlehensweise</u> gewährter laufender ALG II Leistungen, <u>kann</u> auf Darlehensbasis auch der Zuschuss gewährt werden.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Unter welchen Voraussetzungen wird ein Zuschuss gewährt?</p>	<p>Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Hilfebedürftigkeit § der ALG II Bezieher war unmittelbar vor dem Beginn des Leistungsbezuges freiwillig oder privat krankenversichert und § der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung für den zuvor privatversicherten ALG II Bezieher und seiner dem Grunde nach familienversicherungsberechtigten Angehörigen entspricht dem der gesetzlichen Krankenversicherung § Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht § Nachweis eines privaten Krankenversicherungsschutzes
<p>Zuschuss und Familienversicherung</p> <p>Wird ein Zuschuss auch dann gewährt, wenn für den ALG II Bezieher ein familienrechtlicher Krankenversicherungsschutz hergestellt werden kann?</p>	<p>Nein! ALG II Bezieher, für die über die Familienversicherung ein Krankenversicherungsschutz hergestellt werden kann, erhalten keinen Zuschuss zur privaten oder freiwilligen Krankenversicherung.</p> <p>Eine Familienversicherung hat Vorrang gegenüber der Gewährung eines Zuschusses zur Fortführung einer privaten oder freiwilligen Krankenversicherung.</p>
<p>Können freiwillig oder privat Krankenversicherte in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung zurückkehren?</p>	<p>Ja! Für Bezieher darlehensfrei gewährter laufender ALG II Leistungen besteht ein Rückkehrrecht in die gesetzliche Krankenversicherung.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Sozialgeld und freiwillige oder private Krankenversicherung</i></p> <p>Können sich Sozialgeld Bezieher weiterhin freiwillig oder privat krankenversichern?</p>	<p>Ja, wie ALG II Bezieher, die vor dem Bezug von ALG II freiwillig oder privat krankenversichert waren, können sich Sozialgeld Bezieher für die Zeit des Leistungsbezugs weiterhin freiwillig oder privat krankenversichern.</p> <p>Für Sozialgeld Bezieher gelten die gleichen Voraussetzungen wie für ALG II Bezieher.</p>
<p>Welche Leistungen zur Fortführung einer freiwilligen oder privaten Krankenversicherung erhalten Sozialgeld Bezieher?</p>	<p>Sozialgeld Bezieher erhalten die gleichen Leistungen wie ALG II Bezieher.</p> <p>Auch bei Sozialgeld Beziehern ist der Zuschuss für eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung auf 139.88 Euro begrenzt.</p>
<p>Erhalten Sozialgeld Bezieher, die dem Grunde nach familienversichert werden können, einen Zuschuss für die Fortführung einer privaten oder freiwilligen Krankenversicherung?</p>	<p>Nein! Eine Familienversicherung hat Vorrang.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p data-bbox="188 165 490 217">Krankenversicherung und eheähnliche Partner</p> <p data-bbox="188 248 460 357">Wie ist der Krankenversicherungsschutz von eheähnlichen Partnern geregelt?</p>	<p data-bbox="516 165 1016 245">Erste Antwort Der Krankenversicherungsschutz eheähnlicher Partner richtet sich danach,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="564 277 1016 328">§ ob eheähnliche Partner ALG II oder Sozialgeld Bezieher sind <li data-bbox="564 331 1016 411">§ ob für eheähnliche Partner eine Familienversicherung hergestellt werden kann <p data-bbox="516 472 1016 632">Zweite Antwort Ist der eheähnliche Partner über Eltern oder über einen getrennt lebenden Ehepartner familienversicherbar, besteht ein familienrechtlicher Krankenversicherungsschutz.</p> <p data-bbox="516 663 1016 823">Dritte Antwort Bezieht der eheähnliche Partner darlehensfrei gewährte laufende ALG II Leistungen, ist er über den ALG II Bezug in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.</p> <p data-bbox="516 855 1016 1334">Vierte und fünfte Antwort Bezieht der eheähnliche Partner Sozialgeld und ist er nicht familienversicherbar, besteht ein Anspruch auf den begrenzten Zuschuss für eine freiwillige oder private Krankenversicherung. Bei Vorliegen einer Sozialhilfebedürftigkeit kann über die Sozialhilfe eine den Zuschuss aufstockende Leistung gewährt werden. Erfüllt der Sozialgeld beziehende eheähnliche Partner nicht die Voraussetzung für eine freiwillige Krankenversicherung oder findet er keinen Zugang zu einer privaten Krankenversicherung, verbleibt einzig über die Sozialhilfe ein <u>bedarfsabhängiger Krankenhilfeschutz</u>.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Freiwillige Krankenversicherung</i></p> <p>Können Sozialgeld Bezieher jederzeit und uneingeschränkt der freiwilligen Krankenversicherung <u>beitreten</u>?</p> <p><i>Was sind die Voraussetzungen für eine freiwillige Krankenversicherung?</i></p>	<p>Nein! Nicht jeder Sozialgeld Bezieher kann der freiwilligen Krankenversicherung beitreten.</p> <p>Der freiwilligen Krankenversicherung können z.B. beitreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> § vormalige Krankenkassenmitglieder § vormalig Familienversicherte § Arbeitnehmer nach Rückkehr von einer Auslandbeschäftigung <p>Eine freiwillige Krankenversicherung im Anschluss an eine vormalige Pflicht- oder Familienversicherung ist an Voraussetzungen gebunden. Voraussetzung ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Erfüllung einer <u>Vorversicherungszeit</u> <p><u>Vorversicherungszeit</u>: Das Mitglied, das der freiwilligen Krankenversicherung beitreten will oder auf dem vormalig die Familienversicherung beitretender Angehörigen gründete, muss in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate versichert gewesen sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> § <u>Antragstellung binnen von 3 Monaten</u> nach Beendigung des vormaligen Pflicht- oder Familienversicherungsverhältnisses

V. Bedürftigkeitsprüfung und Höhe des Zuschusses für eine private oder freiwillige Krankenversicherung

Thema / Frage	Antwort
<p>Bedürftigkeitsprüfung</p> <p>Richtet sich die Höhe des Zuschusses nach Bedürftigkeit?</p> <p>Wann besteht Hilfebedürftigkeit?</p>	<p>Ja! Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses ist, dass eine Hilfebedürftigkeit besteht.</p> <p>Hilfebedürftigkeit besteht, wenn das einzusetzende Einkommen und Vermögen nicht ausreicht, den laufenden ALG II und/oder Sozialgeldbedarf der Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft abzudecken.</p> <p>Der laufende Bedarf an ALG II und Sozialgeld wird wie folgt berechnet:</p> <p>Regelleistungen für die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> + Leistungen wegen Mehrbedarf + Kosten der Unterkunft in tatsächlicher Höhe, soweit angemessen + Heizkosten in tatsächlicher Höhe, soweit angemessen + gegebenenfalls befristeter ALG II Zuschlag für vormalige Bezieher von Arbeitslosengeld I <p>Hilfebedürftigkeit besteht, wenn das um Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen, <u>Beiträgen zu einer freiwilligen oder privaten Kranken-, Pflegeversicherung und weiteren Absetzbeträgen</u> bereinigte Einkommen plus einsatzfähige Vermögen den Hilfebedarf nicht abdeckt.</p>

Die Regelleistungen betragen für	
Alleinstehende/Alleinerziehende	<u>345 Euro</u>
Ehepaare/Eheähnliche Paare/Homosexuelle Lebenspartner 2 x	<u>311 Euro</u>
Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	<u>276 Euro</u>
Kinder mit dem vollendeten 14. Lebensjahr	<u>207 Euro</u>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Fallbeispiele zur Berechnung des Zuschusses</i></p> <p>Erste Beispiel</p> <p>Wie hoch ist der Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung?</p>	<p>Hans S. und Ulrike R. leben eheähnlich zusammen. Hans S. ist nicht erwerbsfähig und hat keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente. Ulrike R. verdient als Angestellte netto 1.150 Euro. Der nach Regelleistungen, Miet- und Heizkosten berechnete ALG II und Sozialgeld Bedarf beläuft sich auf: 1.020 Euro.</p> <p>Als eheähnlicher Partner kann Hans S. nicht über seine Partnerin familienversichert werden. Auch ansonsten besteht keine Familienversicherung. Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge belaufen sich auf: 250 Euro.</p> <p>Erste Antwort Das eheähnliche Paar ist aufgrund der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeträge hilfebedürftig. Das Nettoeinkommen von 1.150 Euro deckt nicht den laufenden ALG II und Sozialgeld Bedarf plus die Beitragslast für die private Kranken- und Pflegeversicherung (1.020 Euro plus 250 Euro = 1.270 Euro). Es besteht wegen Hilfebedürftigkeit ein Anspruch auf einen Zuschuss.</p> <p>Zweite Antwort Der Zuschuss beträgt: 120 Euro.</p> <p style="padding-left: 40px;"> Laufender ALG II Bedarf (1.020) + Private Kranken- und Pflegeversicherung (250) - Einzusetzendes Einkommen (1.150) </p> <p style="text-align: center;">Dritte Antwort</p> <p><u>Unterschreitet</u> der <u>nach Bedürftigkeit</u> zustehende <u>Zuschussbedarf</u> den Höchstbetrag des Zuschusses (139.88 Euro) für eine freiwillige oder private Kranken- und Pflegeversicherung, so ist der Zuschuss auf den nach Bedürftigkeit zustehenden Bedarf zu begrenzen.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Fallbeispiele zur Berechnung des Zuschusses</i></p> <p>Zweite Beispiel</p> <p>Wie hoch ist der Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung?</p>	<p>Ralf P. und Marianne A. leben eheähnlich zusammen. Marianne A. ist nicht erwerbsfähig und bezieht keine Erwerbsminderungsrente. Ralf P. verdient als Angestellter netto 1.340 Euro. Der nach Regelleistungen, Miet- und Heizkosten berechnete laufende ALG II und Sozialgeld Bedarf beläuft sich auf: 1.060 Euro.</p> <p>Als eheähnliche Partnerin kann Marianne A. nicht über ihren Partner familienversichert werden. Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeträge belaufen sich auf: 250 Euro.</p> <p>Erste Antwort</p> <p>Das eheähnliche Paar ist nicht hilfebedürftig. Das Nettoeinkommen von 1.340 Euro deckt den laufenden ALG II und Sozialgeld Bedarf von 1.060 Euro plus die Beitragslast für die private Kranken- und Pflegeversicherung von 250 Euro = 1.310 Euro.</p> <p>Zweite Antwort</p> <p><u>Übersteigt</u> das einzusetzende Nettoeinkommen den laufenden ALG II und Sozialgeld Bedarf plus die Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung, besteht wegen <u>fehlender Bedürftigkeit</u> kein Anspruch auf einen Zuschuss.</p>

VI. Selbständige mit ALG II Bezug

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Krankenversicherungs- schutz und Selbständige</i></p> <p>Sind Selbständige durch den Bezug von ALG II pflichtversichert?</p>	<p>Ja, und zwar über die Pflicht- oder Familienversicherung oder über den Zuschuss für eine beantragte weiterlaufende private Krankenversicherung.</p> <p>Erste Antwort Selbständige sind wie andere Gruppen hilfebedürftiger Erwerbsfähiger bei Bezug darlehensfrei gewährter laufender ALG II Leistungen in den Kreis der Pflicht - oder Familienversicherten einbezogen. Selbständige können mit dem Bezug darlehensfrei gewährter laufender ALG II Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren.</p> <p>Zweite Antwort Selbständige mit Bezug darlehensweise gewährter laufender ALG II Leistungen haben einen Anspruch auf einen Zuschuss zu den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen von bis zu 139.88 Euro.</p>
<p>Haben Selbständige, denen laufende Leistungen des ALG II <u>darlehensweise</u> gewährt wird, einen Anspruch auf den Zuschuss für eine private oder freiwillige Krankenversicherung?</p>	<p>Ja! Bezieher darlehensweise gewährter laufender ALG II Leistungen haben einen Anspruch auf den Zuschuss für eine private oder freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung auf Darlehensbasis.</p>

VII. ALG II, Sozialgeld und Krankengeld

Thema / Frage	Antwort
<p>Haben pflichtversicherte ALG II Bezieher bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld?</p>	<p>Ja! Pflichtversicherte ALG II Bezieher haben bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld.</p> <p><u>Beginn des Anspruches auf Krankengeld</u> Der Anspruch auf Krankengeld besteht vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an.</p>
<p>Wie hoch ist das Krankengeld für pflichtversicherte ALG II Bezieher?</p>	<p>Krankengeld wird in Höhe des ALG II Zahlbetrages gewährt.</p>
<p>Ändert sich die Höhe des Krankengeldes, wenn sich während der Bezugszeit von Krankengeld die für die Höhe des ALG II maßgebenden Verhältnisse ändern?</p>	<p>Ja! Ändern sich während der Bezugszeit des Krankengeldes die für den Anspruch auf ALG II maßgebenden Verhältnisse (Bedürftigkeit) so ist <u>auf Antrag</u> des Versicherten das Krankengeld in der Höhe zu gewähren, in der ALG II aufgrund der veränderten Verhältnisse zu gewähren wäre.</p> <p>Änderungen, die zu einer <u>Erhöhung</u> des Krankengeldes <u>um weniger als 10 %</u> führen würden, werden nicht berücksichtigt.</p>
<p>Wie lange besteht der Anspruch auf Krankengeld?</p>	<p>Erste Antwort Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gewährt.</p> <p>Zweite Antwort Bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit <u>längstens 78 Wochen</u> innerhalb von 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an.</p>

XIII. ALG II, Sozialgeld, Sozialhilfe und Krankenversicherungsschutz

Vorbemerkung: Der Krankenversicherungsschutz von ALG II und Sozialgeld Beziehern ist im Sozialgesetzbuch II (SGB II) nicht umfassend und ausreichend geregelt. Eine Gruppe, die von den Regelungen des SGB II zum Krankenversicherungsschutz unzureichend abgesichert ist, sind z.B. „eheähnliche Partner“.

In diesem Kapitel wird darüber informiert, welche weitergehenden Hilfen zum Krankenversicherungsschutz oder zur Krankenhilfe im Bedarfsfall in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der Sozialhilfe bestehen.

Thema / Frage	Antwort
<p>Für welche Gruppen ist über das SGB II kein ausreichender Krankenversicherungsschutz hergestellt worden?</p>	<p>Durch die Regelungen zur Bedürftigkeitsprüfung und wegen der Anknüpfung der Pflichtversicherung an den Bezug darlehensfrei gewährter ALG II Leistungen besteht für folgende Gruppen ein unzureichend geregelter Krankenversicherungsschutz:</p> <ul style="list-style-type: none"> § für nicht „familienversicherbare“ ALG II oder Sozialgeld Darlehensbezieher, die aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht in der Lage sind, die über den SGB II - Zuschuss von 139.88 Euro für eine private Krankenversicherung hinausgehenden Kosten zu tragen § für eheähnliche Partner, die wegen fehlender Hilfebedürftigkeit aufgrund des Einkommens oder Vermögens des anderen eheähnlichen Partners keinen Anspruch auf ALG II oder Sozialgeld haben und der andere „eheähnliche“ Partner nicht bereit oder in der Lage ist, neben den Unterhaltskosten auch noch die Beiträge für eine private oder freiwillige Krankenversicherung zu tragen

Thema / Frage	Antwort
<p>Sozialhilfe, Krankenversicherung, Krankenhilfe bei Bedarf</p> <p>Wie kann ein Krankenversicherungsschutz <u>für nicht über das SGB II krankenversicherte</u> Menschen hergestellt werden?</p>	<p>Zweite Antwort Reicht der SGB II - Zuschuss nicht aus, die Beiträge für eine <u>freiwillige Krankenversicherung</u> zu tragen, kann ein Antrag auf Übernahme der den Zuschuss übersteigenden Beiträge nach den Vorschriften der <u>Sozialhilfe zum Lebensunterhalt</u> gestellt werden. In diesem Fall richtet sich die auf das Einkommen und Vermögen bezogene Bedürftigkeitsprüfung nach dem <u>Recht der Sozialhilfe zum Lebensunterhalt</u>.</p> <p>Dritte Antwort Reicht der SGB II – Zuschuss nicht aus, die Beiträge für eine <u>freiwillige oder private Krankenversicherung</u> zu tragen, kann ein Anspruch auf eine <u>Beihilfe oder auf ein Darlehen</u> zur Übernahme der Beiträge nach der <u>Sozialhilfe in sonstigen Lebenslagen</u> gestellt werden. In diesem Fall richtet sich die auf das Einkommen und Vermögen bezogene Bedürftigkeitsprüfung nach dem <u>Recht der Sozialhilfe in sonstigen Lebenslagen</u>.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Krankenversicherung und ALG II Bezieher ohne Krankenversicherungsschutz</i></p> <p>Wie kann im Bedarfsfall die Krankenbehandlung oder eine Krankenhilfe für nicht krankenversicherte ALG II oder Sozialgeld Bezieher sichergestellt werden?</p>	<p>Im Bedarfsfall kann eine Krankenbehandlung für Arbeits- und Erwerbslose sowie für andere Hilfebedürftige von der Krankenkasse gegen Kostenerstattung geleistet werden.</p> <p>Leistet die Krankenkasse keine Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung, besteht ein Anspruch auf die Leistungen der <u>Sozialhilfe zur Gesundheit</u>.</p>

IX. Verstreute Fragen

Thema / Frage	Antwort
<p>Sanktionen und Krankenversicherungsschutz</p> <p>Bleibt die Versicherungspflicht wegen des Bezuges von ALG II Leistungen bestehen, wenn aufgrund eingetretener Sanktionen</p> <ul style="list-style-type: none">- laufende Leistungen des ALG II gesenkt werden oder- laufende Leistungen in Form von Sachleistungen oder Wertgutscheinen erbracht werden?	<p>Ja!</p> <p>Erste Antwort Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges darlehensfrei gewährter Leistungen des ALG II ist <u>unberührt</u> davon, in welcher Höhe und in welcher Form die ALG II Leistungen erbracht werden.</p> <p>Zweite Antwort Die Versicherungspflicht entsteht, sobald <u>eine</u> der laufenden Leistungen des ALG II darlehensfrei gewährt wird.</p> <p>Dritte Antwort Die Versicherungspflicht bleibt auch dann bestehen, wenn aufgrund eingetretener Sanktionen</p> <ul style="list-style-type: none">§ einzelne Leistungen des ALG II wegfallen§ Leistungen des ALG II abgesenkt werden§ Leistungen des ALG II IN Form von Sachleistungen oder Wertgutscheinen erbracht werden

X. Zuzahlungen für ALG II Bezieher

In diesem Kapitel wird über folgende Fragen informiert:

- § welcher Personenkreis ist zuzahlungspflichtig?
- § welche Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind zuzahlungspflichtig?
- § welche Arzneimittel sind zuzahlungspflichtig?
- § welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel gehen voll zu Lasten von Versicherten?
- § welche Krankenfahrtkosten sind von der Krankenkasse zu übernehmen?
- § bis zu welcher Belastungsgrenze sind ALG II und/oder Sozialgeld Bezieher zuzahlungspflichtig? Wovon sind die Zuzahlungen zu bezahlen? Gibt es für ALG II und Sozialgeld einmalige Beihilfen für die Zuzahlungspflicht?
- § Welche Belastungsgrenze gilt für chronisch kranke Menschen, und wer zählt als Chroniker?

Thema / Frage	Antwort
<p>Zuzahlungspflichtiger Personenkreis</p> <p>Sind ALG II und Sozialgeld Bezieher zuzahlungspflichtig?</p>	<p>Zum zuzahlungspflichtigen Personenkreis gehören Pflicht- und Familienversicherte, die das <u>18. Lebensjahr</u> vollendet haben.</p> <p>Mit Ausnahme von Kindern unter 18 Jahren gibt es keine Ausnahme von der Zuzahlungspflicht.</p> <p>Volljährige Pflicht- und Familienversicherte haben bis zur Belastungsgrenze die vorgeschriebenen Zuzahlungen zu tragen.</p>
<p>Faustregel für die Zuzahlungspflicht</p> <p>Wie hoch ist die Zuzahlungspflicht?</p>	<p>Die Höhe der Zuwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für Hilfsmittel, für eine Haushaltshilfe oder Soziotherapie und Krankenfahrtkosten beträgt 10 % des Preises, mindestens aber 5 Euro und höchstens 10 Euro, in jedem Fall aber nicht mehr als die Kosten des Mittels.</p> <p>Die Höhe der Zuzahlung beträgt</p> <p style="text-align: center;">mindestens 5 Euro oder 10 % des Abgabepreises der Leistung, höchstens aber 10 Euro</p> <p>Zweite Antwort Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder einer Anschlussrehabilitation beträgt die Zuzahlung</p> <p>§ 10 Euro pro Tag der stationären Krankenhausbehandlung oder einer Anschlussrehabilitation. Die Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Zuzahlungen für Tage der Krankenhausbehandlung und/oder einer Anschlussrehabilitation werden gegenseitig angerechnet.</p>

1. Umfang zuzahlungspflichtiger Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Die folgenden Tabellen zeigen, welche Leistungen in welcher Höhe zuzahlungspflichtig sind.

Leistungskatalog	Höhe der Zuzahlungspflicht
Arztbesuch: Hausarzt, Facharzt, Psychiater	Praxisgebühr: 10 Euro pro Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme
Arztbesuch: Zahnarzt, Kieferorthopäde	Praxisgebühr: 10 Euro pro Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme
Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel	10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Hilfsmittel	10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 % pro Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro im Monat je Indikation
Heilmittel	10 % des Preises pro Mittel oder der Leistung plus 10 Euro pro Verordnung
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten der Krankenpflege, begrenzt auf die ersten 28 Tage der Krankenpflege im Kalenderjahr plus 10 Euro pro Verordnung
Haushaltshilfe	10 % der kalendertäglichen Kosten der Haushaltshilfe, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro

Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungskatalog	Höhe der Zuzahlungspflicht
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten der Haushaltshilfe, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Stationäre Vorsorge oder Rehabilitation	10 Euro pro Tag der stationären Vorsorge oder Rehabilitation
Stationäre Krankenhausbehandlung Stationäre Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Krankenhaustag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr
Fahrkosten	10 % der Fahrkosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Künstliche Befruchtung	50 % der Kosten

2. Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Die folgenden Tabellen zeigen, welche Arzneimittel in welcher Höhe zuzahlungspflichtig sind.

Arzneimittel	Höhe der Zuzahlung von Versicherten
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und	Zuzahlung von § 10 % des Abgabepreises § mindestens aber 5 Euro, § höchstens jedoch 10 Euro
<p>verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherten ab dem 18. Lebensjahr, die von der Versorgung ausgeschlossen sind.</p> <p>Dazu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten - Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen - Abführmittel - Arzneimittel gegen Reisekrankheiten 	<p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p> <p style="text-align: center;"><u>Ausnahme</u></p> <p>Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung befreit.</p>

Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Arzneimittel	Höhe der Zuzahlung von Versicherten
<p><u>nicht</u> verschreibungspflichtige Arzneimittel</p>	<p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p> <p style="text-align: center;"><u>Ausnahmen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr - Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen - Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten * <p style="text-align: center;">Höhe der Zuzahlung für Versicherte mit dem vollendeten 18. Lebensjahr</p> <p style="text-align: center;">§ 10 % des Abgabepreises § mindestens aber 5 Euro, § höchstens jedoch 10 Euro</p>
<p>Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der Lebensqualität dienen, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Steigerung der sexuellen Potenz - zur Raucherentwöhnung - zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits - zur Regulierung des Körpergewichts - zur Verbesserung des Haarwuchses 	<p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p>

* Die Medikamentenliste ist den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu entnehmen. Informationsabruf unter: www.g-ba.de

3. Katalog der von der Krankenkasse zu übernehmenden Fahrkosten

Die folgende Tabelle informiert über die von der Krankenkasse zu übernehmen Krankenfahrkosten.

Die Krankenkasse übernimmt nach Abzug der Zuzahlung die Fahrkosten

- § **bei Leistungen, die stationär erbracht werden***
- § **Rettungsfahrten zum Krankenhaus**
- § **Krankentransporte**
- § **Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in Ausnahmefällen und nach Genehmigung durch die Krankenkasse**
- § **Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung**
Voraussetzung: Durch diese Krankenhausbehandlung kann eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden.
- § **Fahrten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus****
Voraussetzung: Durch eine ambulante Operation im Krankenhaus kann eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden
- § **Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung**

* Bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus gilt dieses nur, wenn die Verlegung zwingend erforderlich ist oder in ein wohnortnahes Krankenhaus erfolgt. Hier muss jedoch eine Einwilligung der Krankenkasse vorliegen.

4. Belastungsgrenze der Zuzahlungspflicht für ALG II Bezieher

Thema / Frage	Antwort
<p>Bis zu welcher <u>Belastungsgrenze</u> müssen ALG II und/oder Sozialgeldbezieher zu den zuzahlungspflichtigen Leistungen hinzuzahlen?</p>	<p>Die Belastungsgrenze für ein Kalenderjahr beträgt 2% der auf ein Jahr hochgerechneten Regelleistung für einen Alleinstehenden: 82.80 Euro</p> <p>($345 \times 12 \times 0.02 = 82.80$ Euro)</p> <p>Für Chroniker beträgt die Belastungsgrenze 1%: 41.40 Euro</p>
<p>Wie hoch ist die Belastungsgrenze für eine Bedarfsgemeinschaft?</p>	<p>Die Belastungsgrenze von 2% oder 1% der auf ein Jahr hochgerechneten Regelleistung für einen Alleinstehenden gilt für die <u>gesamte Bedarfsgemeinschaft</u>.</p>
<p>Was sollte unternommen werden, wenn die Belastungsgrenze erreicht oder überschritten ist?</p>	<p>Sind Zuzahlungen in Höhe der Belastungsgrenze gezahlt worden, sollte bei der Krankenkasse <u>eine Befreiung</u> von der Zuzahlungspflicht für das laufende Kalenderjahr <u>beantragt</u> werden, wenn sich für die verbleibende Zeit des Kalenderjahres nicht ein Wechsel in eine Erwerbstätigkeit mit oberhalb des ALG II und Sozialgeld Bedarfs abzeichnet.</p>
<p>Wie hoch ist die Belastungsgrenze, wenn der ALG II oder Sozialgeld Bezug nicht während eines vollen Kalenderjahres besteht, z.B. wegen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder wegen eines Zugangs in eine Altersrente?</p>	<p>Bei einem Wechsel, z.B. von ALG II oder Sozialgeld Bezug in eine Altersrente oder in eine Erwerbstätigkeit mit einem Einkommen, <u>das ALG II Bedürftigkeit oder eine Sozialhilfebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XII ausschliesst</u>, richtet sich die Belastungsgrenze nach 2% oder 1% des <u>Jahresbruttoeinkommens</u>.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Wovon sind die Zuzahlungen zu zahlen? Gibt es für die Zuzahlungen eine einmalige Beihilfe?</p>	<p>Erste Antwort Die Zuzahlungen sind bis zur Belastungsgrenze von 82.80 / 41.40 Euro von der Regelleistung (345 Euro) zu bezahlen.</p> <p>Zweite Antwort Neben der Regelleistung gibt es keine Beihilfen für die Zuzahlungspflicht.</p> <p>Dritte Antwort Im Einzelfall kann zur Abdeckung einer Zuzahlungspflicht ein von der Regelleistung rückzahlbares Darlehen beantragt werden.</p>
<p>Wovon sind die Kosten für von der <u>Leistungspflicht der Krankenkasse</u> <u>ausgenommene</u> Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu bezahlen?</p> <p>Für Hilfsmittel sind im Sozialgesetzbuch V <u>Festbeträge</u> festgesetzt. Wovon sind über die Festbeträge hinausgehende Kosten zu bezahlen?</p>	<p>Erste Antwort Die Kosten für von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommene Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind <u>ungeachtet der Belastungsgrenze</u> von den Regelleistungen des ALG II und Sozialgeldes zu bezahlen.</p> <p>Zweite Antwort Über die Festbeträge hinausgehende Kosten sind von den Regelleistungen des ALG II und Sozialgeldes zu bezahlen.</p> <p>Dritte Antwort Im Einzelfall kann zur Abdeckung einer Zuzahlungspflicht ein von der Regelleistung rückzahlbares Darlehen beantragt werden.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Wer gilt als chronisch krank?</p>	<p>Als chronisch krank gelten Patienten, die sich</p> <p>§ in ärztlicher Dauerbehandlung befinden - nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Kalendervierteljahr - und <u>zusätzlich</u></p> <p>§ pflegebedürftig in der Pflegestufe II oder Pflegestufe III sind oder</p> <p>einen Grad der Behinderung von mindestens 60 % nach dem Bundesversorgungsgesetz haben oder</p> <p>eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % nach dem Sozialgesetzbuch VII (Unfallversicherung) haben oder</p> <p>§ wenn nach ärztlicher Beurteilung eine regelmäßige medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmittel) erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung oder</p> <p>eine Verminderung der Lebenserwartung oder</p> <p>eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.</p>

X. ALG II, Sozialgeld und Zahnersatz

In diesem Kapitel wird über die Frage informiert:

- § wonach richtet sich die Kostenübernahme von Zahnersatzkosten durch die Krankenkassen
- § gibt es eine generelle Befreiung von der Zuzahlung zum Zahnersatz?
- § gibt es Härtefallregelungen?
- § müssen ALG II und Sozialgeld Bezieher zum Zahnersatz hinzuzahlen?

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Allgemeine Informationen über die Zuzahlungsregelungen für Zahnersatz</i></p> <p>Wonach richtet sich die Kostenübernahme der Krankenkasse für Zahnersatz?</p>	<p>Seit Januar 2005 zahlen die Krankenkassen für Zahnersatzleistungen nicht mehr prozentual bemessene Zuschüsse, sondern nur noch einen <u>befundbezogenen Festzuschuss</u>.</p> <p>Der <u>befundbezogene Festzuschuss</u> entspricht der üblichen Zahnersatzversorgung (Regelversorgung) und beträgt <u>50% der auf die Regelversorgung entfallenden Kosten</u>.</p> <p>Der <u>befundbezogene Festzuschuss</u> wird von der Krankenkasse unabhängig von der individuell gewählten Zahnersatzversorgung gewährt.</p> <p>Der <u>Kassenzuschuss</u> für Zahnersatz erhöht sich um Bonuspunkte für regelmäßige Zahnarztbesuche. Durch die Bonuspunkte kann der <u>Kassenzuschuss auf bis zu 65%</u> der Regelversorgung erhöht werden.</p>

Thema / Frage	Antwort
<p>Wann gibt es einen Bonus auf den befundbezogenen Festzuschuss?</p>	<p>Ein Bonus wird für regelmäßige Zahnpflege und Zahnarztbesuche (Prophylaxe) eingeräumt. Der Bonus beträgt bei erkennbarer regelmäßiger Zahnpflege 20 oder 30 % vom Festzuschuss:</p> <p style="padding-left: 40px;">20% vom Festzuschuss</p> <ul style="list-style-type: none"> § für Kinder zwischen dem 6 und 18 Lebensjahr, die während der letzten <u>5 Jahre</u> vor der Behandlung <u>halbjährlich</u> einen Zahnarzt besucht haben § für volljährige Versicherte, die während der letzten <u>5 Jahre</u> vor der Behandlung wenigstens einmal im Kalenderjahr einen Zahnarzt besucht haben <p style="padding-left: 40px;">30% vom Festzuschuss</p> <ul style="list-style-type: none"> § für Kinder zwischen dem 6 und 18 Lebensjahr, die während der letzten <u>10 Jahre</u> vor der Behandlung <u>halbjährlich</u> einen Zahnarzt besucht haben § für volljährige Versicherte, die während der letzten <u>10 Jahre</u> vor der Behandlung wenigstens einmal im Kalenderjahr einen Zahnarzt besucht haben

Thema / Frage	Antwort														
<p>Gibt es für bestimmte Personengruppen eine generelle Befreiung von der Zuzahlungspflicht für Zahnersatz?</p>	<p>Ja! Generell befreit sind Bezieher von</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALG II, Sozialgeld - Grundsicherung im Alter und bei voller Erwerbsminderung - Sozialhilfe - BAföG - 														
<p>Gibt es Härtefallregelungen für Zahnersatzkosten?</p>	<p>Ja! es gibt eine <u>allgemeine</u> und <u>gleitende</u> Härtefallregelung.</p> <p>Von der <u>allgemeinen Härtefallregelung</u> erfasst sind: Alleinstehende und Familien mit Niedrigeinkommen. Von der Zuzahlungspflicht befreit sind Haushalte deren Bruttoeinnahme unterhalb folgender <u>Einkommensgrenzen</u> liegen:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>§ 1 Person</td> <td style="text-align: right;">966.00 Euro</td> </tr> <tr> <td>§ 2 Personen</td> <td style="text-align: right;">1.328.25 Euro</td> </tr> <tr> <td>§ für jede weitere Person</td> <td style="text-align: right;">241.50 Euro</td> </tr> </table> <p>Die <u>gleitende Härtefallregelung</u> gilt für Haushalte mit Bruttoeinnahmen oberhalb der Einkommensgrenzen. Für Versicherte mit höheren Bruttoeinnahmen ist der Zuzahlungsbetrag auf das <u>Dreifache des übersteigenden Einkommensbetrages</u> beschränkt.</p> <p>Beispiel zur Berechnung des Zuzahlungsbetrages für Alleinstehende</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Einkommensgrenze</td> <td style="text-align: right;">966 Euro</td> </tr> <tr> <td>Bruttoeinnahmen</td> <td style="text-align: right;">1.300 Euro</td> </tr> <tr> <td><u>Differenz</u> (1.300 – 966)</td> <td style="text-align: right;"><u>334 Euro</u></td> </tr> <tr> <td><u>Zuzahlungsgrenze</u> (3 x 334)</td> <td style="text-align: right;">1.002 Euro</td> </tr> </table>	§ 1 Person	966.00 Euro	§ 2 Personen	1.328.25 Euro	§ für jede weitere Person	241.50 Euro	Einkommensgrenze	966 Euro	Bruttoeinnahmen	1.300 Euro	<u>Differenz</u> (1.300 – 966)	<u>334 Euro</u>	<u>Zuzahlungsgrenze</u> (3 x 334)	1.002 Euro
§ 1 Person	966.00 Euro														
§ 2 Personen	1.328.25 Euro														
§ für jede weitere Person	241.50 Euro														
Einkommensgrenze	966 Euro														
Bruttoeinnahmen	1.300 Euro														
<u>Differenz</u> (1.300 – 966)	<u>334 Euro</u>														
<u>Zuzahlungsgrenze</u> (3 x 334)	1.002 Euro														

Thema / Frage	Antwort
<p><i>Befundorientierte Festzuschüsse für Zahnersatz</i></p> <p>Müssen ALG II und Sozialgeld Bezieher zu einer <u>Zahnersatzversorgung</u> hinzuzahlen?</p>	<p>Für ALG II und Sozialgeld Bezieher gelten bei der Versorgung mit Zahnersatz eine besondere <u>Kassenzuschussregelung</u>. Der <u>Kassenzuschuss</u> für ALG II und Sozialgeld Bezieher beträgt <u>100% der auf die Regelversorgung entfallenden Kosten</u>.</p> <p>Beispiel: Für den Befund „Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone“ ist als Regelleistung eine Metallische Vollkrone vorgesehen. Der befundbezogene 50% Festzuschuss beträgt: 115.27 Euro. Für ALG II und Sozialgeld Bezieher beträgt der Festzuschuss 230.54 Euro.</p>
<p>Wer trägt die Kosten für einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz?</p>	<p>Erste Antwort Die Krankenkasse trägt für ALG II und Sozialgeld Bezieher einen Zuschuss in Höhe von 100% der Kosten der Regelversorgung.</p> <p>Zweite Antwort Über 100% der Regelversorgung hinausgehende Kosten müssen von ALG II und Sozialgeld Beziehern privat aufgebracht werden.</p>
<p>Besteht für ALG II oder Sozialgeld Bezieher ein Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe zur Bestreitung von über die Regelversorgung hinausgehenden Kosten?</p>	<p>Nein! Die Sozialhilfe darf über die Regelversorgung hinausgehende Zahnersatzkosten nicht decken.</p>

Anlagen

1. Sozialgesetzbuch II.

§ 26 Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind (§ 6 Abs. 1b, § 231 Abs. 1 und 2 des Sechsten Buches), erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung, eine berufsständische Versorgungseinrichtung oder für eine private Alterssicherung gezahlt werden. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen wäre.

(2) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die
1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind, (...) erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Hierbei sind zugrunde zu legen:

1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen (§ 246 des Fünften Buches); der zum 1. Januar des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres,
(...)

2. SGB V Krankenversicherung

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

(...)

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,

(...)

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen, 6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,

7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs

bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
8. innerhalb von sechs Monaten ab dem 1. Januar 2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

(...)

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für

die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.

§ 55 Leistungsanspruch (Zahnersatz)

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31.

Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,

2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. 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.

gesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich 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 monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 61 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.

§ 62 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. (...)

(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 oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,

2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferversorgung 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 § 28 des Zwölften Buches (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches 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.

§ 246 Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Oktober feststellt; vom 1. Oktober 2005 an wird er im Umfang des zusätzlichen Beitrags nach § 241a erhöht. Der Beitragssatz ist auf eine

Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr.

§ 264 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 Personengruppen die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

3. Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilfe

§ 32 Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches oder des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(2) In sonstigen Fällen können Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernommen werden, soweit sie angemessen sind. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 82 Abs. 2 Nr. 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.

§ 48 Hilfe bei Krankheit

Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

§ 52 Leistungserbringung, Vergütung

(1) Die Hilfen nach den §§ 47 bis 51 entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Umfang und Inhalt der Leistungen bestimmen können, entscheidet der Träger der Sozialhilfe über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 73 Hilfe in sonstigen Lebenslagen

Leistungen können auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen. Geldleistungen können als Beihilfe oder als Darlehen erbracht werden.

**Höhe der auf die Regelversorgung
entfallenden Beträge (Festzuschüsse),
Beschluss des G-BA vom 03. November 2004
unter dem Vorbehalt der Prüfung des BMGS**

Befunde	Festzuschüsse in EURO				
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹	
		20 %	30 %		
1. Erhaltungswürdiger Zahn					
1.1	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehendes Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn	115,27	138,32	149,85	230,54
1.2	Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn	129,36	155,23	168,17	258,72
1.3	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)	41,85	50,22	54,41	83,70
1.4	Endodontisch behandelte Zahn mit Erfordernis eines konfektionierten metallischen Stülpaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	24,92	29,90	32,40	49,84
1.5	Endodontisch behandelte Zahn mit Erfordernis eines gegossenen metallischen Stülpaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn	75,93	91,12	98,71	151,86
2. Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freilandsituation vorliegt (Lückensituation I) Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen. Für lückennachgrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar.					
2.1	Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freilandsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund 3.1 ansetzbar.	273,30	327,96	355,29	545,60

¹ Nr. 4 des Teils Allgemeines der Festzuschuss-Richtlinien ist bei der Anwendung zu beachten.

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	30 %	
2.2 Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freilandsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar.	312,48	374,98	408,22	624,96
2.3 Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	352,26	422,71	457,94	704,52
2.4 Frontzahnlücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer	387,50	465,00	503,75	775,00
2.5 An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn	152,63	183,16	198,42	305,26
2.6 Disparallele Pfeilerzähne zur feststehenden Zahnersatzversorgung, je Lücke	146,65	140,22	151,91	233,70
2.7 Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich	40,80	48,96	53,04	81,60
3. Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen				
3.1 Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freilandsituationen (Lückensituation I), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freilandsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.	274,58	328,50	356,96	549,16

03.11.2004

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	30 %	
3.2. a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen verkürzte Zahnreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahngelände bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe, c) beidseitig im Seitenzahngelände bis zum Eckzahn unterbrochene Zahnreihe mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch eine Teleskopkrone, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn	202,21	242,05	262,87	404,42
4. Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer				
4.1 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer bei Erfordernis einer schleimhautgetragenen Deckprothese in Verbindung mit einer dentalen Verankerung durch Teleskopkrone(n) oder Wurzelstiftkappe(n), je Kiefer	257,64	309,17	334,03	515,28
4.2 Zahnloser Oberkiefer	253,50	304,20	329,55	507,00
4.3 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer bei Erfordernis einer schleimhautgetragenen Deckprothese in Verbindung mit einer dentalen Verankerung durch Teleskopkrone(n) oder Wurzelstiftkappe(n), je Kiefer	276,89	332,26	359,94	553,76
4.4 Zahnloser Unterkiefer	270,75	324,90	351,98	541,50
4.5 Erfordernis einer Metallbasis, je Kiefer	67,93	81,52	88,31	135,96
4.6 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Erfordernis einer dentalen Verankerung durch Teleskopkronen, je Ankerzahn	213,80	256,63	278,02	427,72
4.7 Erfordernis der Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Ankerzahn	26,60	31,92	34,58	53,20
4.8 Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Erfordernis einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn	191,64	229,97	249,13	383,28
4.9 Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Erfordernis einer Stützstiftregistrierung), je Gesamtbefund	47,99	57,59	62,38	95,98

03.11.2004

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	30 %	
5. Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist				
5.1 Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	65,31	102,37	110,90	170,62
5.2 Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	117,50	141,00	162,75	235,00
5.3 Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	153,90	184,56	199,94	307,60
5.4 Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer	222,90	267,48	289,77	445,80
6. Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz				
6.1 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer Versorgung ohne Erfordernis der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), je Prothese	29,04	31,25	33,85	52,06
6.2 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer Versorgung mit Erfordernis der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), je Prothese	37,36	44,63	48,57	74,72
6.3 Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer Versorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese	57,70	69,24	75,01	115,40
6.4 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger Versorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese	51,82	62,18	67,37	103,64
6.5 Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger Versorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese	66,21	79,45	86,07	132,42

03.11.2004

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	30 %	
6.6 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese	49,74	59,09	64,66	69,48
6.7 Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhauttragender Deckprothese, je Kiefer	64,74	77,69	84,18	129,48
6.8 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezemtorbarer Zahnersatz, je Zahn	8,58	10,30	11,15	17,16
6.9 Wiederherstellungsbedürftige Facette an einer Krone bzw. einem Brückenanker, einem Brückenglied, je Facette	35,29	42,35	45,88	70,58
6.10 Erneuerungsbedürftiges Sekundärteleskop, je Zahn	144,29	173,15	187,58	288,58
7. Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen				
7.1 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelfahnlücke), je Implantatgetragene Krone	114,92	137,60	149,40	229,84
7.2 Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je Implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer	71,35	85,52	92,76	142,70
7.3 Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette	35,30	42,36	45,89	70,60
7.4 Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezemtorbarer Zahnersatz, je Implantatgetragene Krone oder Brückenanker	8,58	10,30	11,15	17,16
7.5 Erneuerungsbedürftige Implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	261,33	313,60	339,73	522,66
7.6 Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je Implantatgetragene Konstruktion als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer	8,58	10,30	11,15	17,16

03.11.2004

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	36 %	
7.7 Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion	37,36	44,83	48,57	74,72
8. Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen) z				
8.1 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstülpkappe 50 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar.				
8.2 Befund nach Präparation eines erhaltungswürdigen Zahnes, einer Teleskopkrone oder einer Wurzelstülpkappe, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. des Festzuschusses für den Befund nach den Nrn. 1.1, 1.2, 3.2, 4.6 oder 4.8 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach den Nrn. 1.3 oder 4.7 ansetzbar.				
8.3 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke 50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar.				
8.4 Befund nach Präparation der Ankerzähne einer Brücke, wenn auch weitergehende Maßnahmen durchgeführt worden sind 75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 sind ansetzbar. Ggf. sind die Festzuschüsse für den Befund nach Nr. 2.7 für die Ankerzähne oder für die Brückenzwischenglieder ansetzbar.				
8.5 Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Teilprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese 50 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrn. 3.1 oder 4.1 bis 4.4 sind ansetzbar.				

¹ Die Befunde zu 8. Teilleistungen setzen den Ansatz der zugehörigen Teilbefunde voraus. Da diese variieren können, wird auf einen betragsmäßigen Ausweis verzichtet.

03.11.2004

Befunde	Festzuschüsse in EURO			
	Ohne Bonus	Mit Bonus		doppelter FZSch. ¹
		20 %	30 %	
<p>8.6. Befund nach Abformung und Ermittlung der Bissverhältnisse zur Eingliederung einer Totalprothese, einer Cover-Denture-Prothese oder einer Totalprothese, wenn auch weitestgehende Maßnahmen durchgeführt worden sind</p> <p>75 v.H. der Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrs. 3.1 oder 4.1 bis 4.4 sind ansetzbar.</p> <p>Ggf. sind die Festzuschüsse für die Befunde nach den Nrs. 4.5 oder 4.9 ansetzbar.</p>				

03.11.2004

**Die Vereinigten Kirchenkreise Dortmund,
das Evangelische Bildungswerk, Fach-
bereich Erwachsenenbildung, sind Mitglied
im Ev. Erwachsenenbildungswerk
Westfalen/Lippe e.V.**

