

Brustkrebs & Soziales

Aktualisierungen 2015

S. 38 – Krankengeld

S. 39 – Selbstständige (*Freiwillig Versicherte*)

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel keinen Anspruch auf Krankengeld. Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,6% den allgemeinen Beitragssatz von 14,0% zahlen, und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten** Krankentagegeldversicherung

S. 39 – Höchstbetrag des Krankengelds

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2015 ein Betrag von 137,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 49.500,- € : 360). Da das Krankengeld 70% dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 96,25 € täglich betragen.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,03% bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. 12,28% bei kinderlosen Empfängern.

S. 42 – Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft (Aussteuerung) und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte automatisch am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung, § 188 Abs. 4 SGB V). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z. B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt die Agentur für Arbeit.

S. 46 – Erwerbsminderungsrente

Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht bis zum Beginn der Altersgrenze der Regelaltersrente (2015: 65 Jahre und 4 Monate).

S. 48 – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze der Regelaltersrente erreicht haben (2015: 65 Jahre und 4 Monate) *oder*
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben und wegen ihrer Krankheit dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

Beispiel: einer alleinlebenden Frau bleiben, abzüglich Miete und Heizkosten, weniger als 399,- € im Monat zur Verfügung. Ob die Kosten für Miete und Heizung angemessen sind, wird immer individuell vom Grundsicherungsamt geprüft.

S. 54 – Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze

S. 55 – Freibetrag

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.103,- € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Nur für Mitglieder in der Krankenversicherung der Landwirte: für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.402,- € (= 10% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.008,- €* als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.504,- €*.
- Für das erste Kind eines alleinerziehenden Versicherten 5.103,- € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes weitere Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.008,- €*.

S. 59 – Berechnungsbeispiel

Ehepaar mit 2 Kindern:

Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen:	30.000,- €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger):	5.103,- €
minus Freibetrag für 2 Kinder (2 x 7.008,- €):	14.016,- €
<hr/>	
ergibt Zwischensumme:	10.881,- €
<hr style="border-top: 1px dashed #000;"/>	
davon 2% = Belastungsgrenze:	217,62 €

Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 217,62 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen. Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist der Krankenkasse die weitere Dauer der Behandlung nachzuweisen. Auf Verlangen der Krankenkasse kann eine Überprüfung durch den MDK erfolgen.

S. 60 – Sonderregelung

Sonderregelung für Sozialleistungsempfänger

Berechnungsgrundlage für die Zuzahlungsgrenze bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist der Regelsatz des Regelbedarfsstufe 1, das heißt: Ein Sozialhilfeempfänger zahlt im Jahr 95,76 € zu, ein chronisch Kranker 47,88 €.

Sonderregelung für Sozialhilfebewohner im Heim

Heimbewohner, die Sozialhilfe beziehen, müssen nicht mehr Zuzahlungen leisten, bis sie die „1-%- bzw. 2-%-Grenze“ erreicht haben und damit eine Zuzahlungsbefreiung erhalten, sondern haben auch die Möglichkeit, dass der örtlich zuständige Sozialhilfeträger den Gesamtbetrag (95,76 € bzw. bei chronisch Kranken 47,88 €) an die Krankenkasse des Heimbewohners vorab überweist. Dieser als Darlehen gewährte Gesamtbetrag wird sodann in monatlichen kleinen Ratenbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet.

* Eine rückwirkende Erhöhung auf 7.152,- € bzw. 3.648,- € für ein Kind beider Ehegatten war angekündigt, aber zum Redaktionsschluss (Januar 2015) noch nicht beschlossen.

S. 73 – Medizinische Rehabilitation

S. 76 – Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- von Bezieherinnen von Übergangsgeld,
- von Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,
- von Frauen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.135,- € liegt

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung 2015 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.135,- €	keine
ab 1.135,- €	9,- €
ab 1.140,- €	9,50 €
ab 1.200,- €	10,- €

S. 77 – Onkologische Nachsorgeleistung

Voraussetzungen

Damit der Rentenversicherungsträger die Kosten übernimmt, muss eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren oder
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung oder
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird durchgehend (kein Kalendermonat Unterbrechung) eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor oder
- Bezug einer Rente der Rentenversicherung oder
- nicht rentenversichert, aber Ehegatte oder Kind eines Versicherten und Rentners der Rentenversicherung