

## Anlage W

### Erklärung zur Wahl einer Krankenkasse im Rahmen des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XII vom \_\_\_\_\_

Vorname:	_____
Name:	_____
Anschrift:	_____
Geburtsdatum:	_____

An  
Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau  
Soziale Sicherung  
Wilhelm-Seipp-Str. 4  
64521 Groß-Gerau

### Wahl einer Krankenkasse zur Durchführung der Krankenbehandlung (§ 264 Abs. 3 SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mich darüber informiert, dass ich gemäß § 264 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) eine Krankenkasse zu wählen habe, die meine Krankenbehandlung und die meiner nicht versicherten Familienangehörigen übernimmt.

Ich teile Ihnen mit, dass ich

folgende Krankenversicherung wähle:

\_\_\_\_\_  
(bitte die genaue Bezeichnung der Krankenkasse und möglichst Anschrift eintragen!)

Ich bitte Sie, die von mir gewählte Krankenkasse entsprechend zu informieren. Ich bitte außerdem um Weitergabe meiner/unserer persönlichen Daten, die von der Krankenkasse zur Übernahme meiner/unserer Krankenbehandlung benötigt werden.

Die von mir gewählte Krankenkasse wird um Zusendung der Krankenversichertenkarte(n) gebeten.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/in, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)

**Bitte unbedingt die Informationen auf Seite 2 und 3 beachten!**

## Übernahme Ihrer Krankenbehandlung durch eine Krankenkasse

Nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) übernimmt **eine von Ihnen frei wählbare Krankenkasse** Ihre Krankenbehandlung. Sie erhalten künftig von der gewählten Krankenkasse u. a. auch eine Krankenversichertenkarte. Sie sind verpflichtet, die Krankenversichertenkarte nach Beendigung des Hilfebezuges an das Sozialamt zurückzugeben. Ihre Krankenkasse erbringt in eigener Verantwortung die Leistungen zur Krankenbehandlung nach den gleichen gesetzlichen und leistungsrechtlichen Grundsätzen, die für alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung gelten.

Um die rechtzeitige Übernahme der Krankenbehandlung von Ihnen und ggf. Ihrer nicht krankenversicherten Haushaltsangehörigen sicherzustellen, ist Ihre Mithilfe unbedingt notwendig.

### **Bitte beachten Sie folgende Punkte:**

- Zunächst wählen Sie für sich und Ihre nicht krankenversicherten Haushaltsangehörigen eine Krankenkasse aus unserem Zuständigkeitsbereich (Landkreis Groß-Gerau). Sie können dabei unter allen Krankenkassenarten wählen:
  - Allgemeine Ortskrankenkassen
  - Betriebskrankenkassen
  - Bundesknappschaft
  - Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte
  - Innungskrankenkassen
  - Landwirtschaftliche Krankenkassen
  - See-Krankenkasse
- Bitte füllen Sie die Erklärung über die Wahl einer Krankenkasse (**Anlage W** zum Antrag auf existenzsichernde Leistungen für Personen in besonderen Wohnformen nach § 42 a Abs. 2 SGB XII) aus und fügen Sie diese Erklärung Ihrem Antrag bei.
- Sollten Sie uns keine Erklärung über die Wahl einer Krankenkasse vorlegen, werden wir Sie und Ihre nicht versicherten Familienangehörigen bei Ihrer letzten Krankenkasse bzw. falls sie seither nicht versichert waren, bei der AOK Hessen anmelden.
- **Bitte beachten Sie, dass Ihre Wahl verbindlich ist für die Dauer des Betreuungsverhältnisses nach § 264 SGB V.**
- **Bei Umzug oder Wegfall Ihrer sozialhilferechtlichen Bedürftigkeit geben Sie bitte die Krankenversicherungskarte unverzüglich an das Sozialamt zurück**

Wie Ihnen sicherlich bekannt ist, sind ab 01.01.2004 die Zuzahlungen für zahlreiche Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gestiegen. Die bisherige vollständige Befreiung von Zuzahlungen gibt es ab 2004 nicht mehr. Auch Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII haben Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. **Sie haben keinen Anspruch auf Übernahme durch den Sozialhilfeträger.** Die wichtigsten Neuregelungen geben wir Ihnen hiermit zur Kenntnis.

Die Zuzahlungen gelten nur für Versicherte ab 18 Jahren. Kinder und Jugendliche sind generell befreit.

### **Arzneimittel, Verbandsmittel, Hilfsmittel**

Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Verbandsmitteln und Hilfsmitteln müssen Patienten künftig 10 % der Kosten selbst tragen. Die Zuzahlung beträgt mindestens 5,00 €, höchstens jedoch 10,00 €.

### **Stationäre Behandlung**

Wer im Krankenhaus behandelt wird, zahlt 10,00 € pro Tag. Die Zuzahlung ist auf 28 Tage im Kalenderjahr, d. h. auf 280,00 € beschränkt.

### **Heilmittel, häusliche Krankenpflege**

Bei Heilmitteln wie z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie oder Massage müssen Patienten 10 % der Kosten selbst tragen, hinzukommen 10,00 € pro Rezept. Das heißt: Wer vom Arzt sechs Therapieeinheiten verordnet bekommt, zahlt 10 % der gesamten Behandlungskosten plus einmalig 10,00 €.

### **Fahrtkosten**

Fahrten zu einer ambulanten Behandlung übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nur noch in Ausnahmefällen und nach **vorheriger Genehmigung**. Auch bei genehmigten Fahrtkosten muss der Patient 10 % der Fahrtkosten zuzahlen, mindestens 5,00 €, höchstens 10,00 €.

---

Ärzte, Apotheker, Therapeuten und Kliniken müssen den Patienten Quittungen über geleistete Zuzahlungen ausstellen. Wer seine persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, erhält von der Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung und muss für den Rest des Jahres keine Zuzahlung mehr leisten. Es ist daher wichtig, dass Sie **Belege sammeln**.

**Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen bzw. für chronisch Kranke 1 %. Bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt und/oder Grundsicherungsleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) erhalten, ist als Bruttoeinnahmen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 maßgeblich.**