

# Zuzahlung

Versicherte ab 18, zum Teil auch Kinder, müssen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Zuzahlungen leisten, z.B. zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausaufenthalten, Fahrtkosten und Zahnersatz. Dies gilt auch für Sozialhilfeempfänger. Wer im Laufe eines Kalenderjahres bestimmte Belastungsgrenzen erreicht, kann sich von vielen Zuzahlungen der Krankenkasse befreien lassen oder sich am Jahresende den über der Belastungsgrenze liegenden Betrag erstatten lassen.

Von den folgend aufgeführten Zuzahlungen kann ein Versicherter sich bei Erreichen der Belastungsgrenze befreien lassen:

- Arzneimittel (§ 31 SGB V)
  - Zuzahlung (umgangssprachlich "Rezeptgebühr" genannt): 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.
    - bis 5 € - Preis = Zuzahlung
    - 5,- € - 50,- € - Zuzahlung 5,- €
    - 50,- € - 100,- € - Zuzahlung 10 % des Preises
    - ab 100 € - Zuzahlung 10 €
  - Aufgrund des Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, welche Arzneimittelwirkstoffe von der Zuzahlung befreit werden können. Darüber hinaus können Medikamente eines Arzneimittelherstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, ganz oder zur Hälfte zuzahlungsfrei sein.
- Verbandmittel (§ 31 SGB V)
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Verbandmittels.
- Heilmittel (§ 32 SGB V)
  - Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden wie Krankengymnastik, Massagen, Fangopackungen, Ergotherapie oder Logopädie.
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10,- € je Verordnung.
- Hilfsmittel (§ 33 SGB V)
  - Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z. B. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, Krücken oder Rollstühle.
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10,- € monatlich.
- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
  - Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird.
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10,- € je Verordnung.
- Soziotherapie (§ 37a SGB V)
  - Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
  - Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt.
  - Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5,- €, maximal 10,- €.
- Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung (§§ 39, 40 Abs. 6 SGB V)
  - Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.
  - Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr.
- Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation (§ 40 Abs. 5, Abs. 7 SGB V)
  - Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.
- Fahrtkosten (§ 60 SGB V)
  - Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten, bei medizinisch angeordneten Fahrten, mindestens 5,- €, maximal 10,- €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt. Auch für Fahrten von Kindern.

## Nicht befreiungsfähige Zuzahlungen

Folgende Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung **nicht** berücksichtigt:

- Künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V) - Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan zur künstlichen Befruchtung genehmigten Kosten, den Rest zahlt der Versicherte zu.
- Zahnersatz (§ 55 SGB V) - Die Krankenkasse übernimmt:
  - 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
  - 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (Nachweis durch das Bonusheft)
  - 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (Nachweis durch das Bonusheft)
  - Den Rest zahlt der Versicherte zu. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen. Die Zuzahlung wird auch für Kinder fällig.

- Kieferorthopädische Behandlung (§§ 28, 29 SGB V)
  - Bei Kindern 20 % der Kosten. Bei weiteren Kindern gleichzeitig: 10 %. Die Zuzahlung wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet.
  - Bei Erwachsenen (§ 29 Abs. 2 u. 3 SGB V) 20 % der Kosten und nur so weit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll. Nach erfolgreicher Behandlung wird die Zuzahlung erstattet.

## Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Behinderte, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Es errechnet sich aus dem Bruttoeinkommen des Versicherten und den Bruttoeinkommen aller Angehörigen des Versicherten, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben. Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt werden ein oder mehrere Freibeträge für Angehörige und Kinder abgezogen. Zum Bruttoeinkommen gerechnet werden u.a. Arbeitseinkommen, Renten, Kranken-, Eltern- und Arbeitslosengeld. Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 95,76 €, bei chronisch Kranken 47,88 €.

Überschreiten die Zuzahlungen 2 % der o.g. Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhalten der Versicherte sowie sein Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und stellt gegebenenfalls eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, so dass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.

## Chronisch Kranke

Chronisch Kranke müssen im Gesundheitssystem meist weniger zuzahlen als andere Patienten. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine Belastungsgrenze von 1% des jährlichen Bruttoeinkommens.

"Schwerwiegend chronisch krank" ist, wer

- wenigstens 1 Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung ist (Dauerbehandlung)
- **und** mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:
- Pflegebedürftig mit Pflegestufe 2 oder 3.
- Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 %. GdB oder GdS muss durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder sich therapiegerecht verhält. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Überschreiten die Zuzahlungen 1 % der Bruttoeinnahmen im Kalenderjahr, sollte der Versicherte sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Er erhält dann für sich sowie seinen Ehegatten und die familienversicherten Kinder, die mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung und es werden zu viel gezahlte Zuzahlungen von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen, dann errechnet eine Krankenkasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt eine Zuzahlungsbefreiung aus. Dies wird der anderen Krankenkasse mitgeteilt, so dass die Versicherten für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten müssen.