

Die Zuzahlungen auf einen Blick

Der Gesetzgeber hat für Leistungen der Krankenkasse grundsätzlich eine Zuzahlung von 10% der Kosten vorgesehen. Dabei gilt ein Mindestbetrag von 5 Euro und ein Höchstbetrag von 10 Euro. Die Zuzahlungen dürfen allerdings die tatsächlichen Kosten einer Leistung nicht überschreiten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen grundsätzlich befreit (Ausnahme Fahrkosten).



Zuzahlungsfreie Arzneien

Viele Arzneien gibt es für gesetzlich Krankenversicherte inzwischen zuzahlungsfrei. Verordnet Ihr Arzt ein besonders preisgünstiges Arzneimittel (das aber dieselbe Qualität wie ein anderes, jedoch teureres Arzneimittel hat), entfällt für Sie die Zuzahlung – das bedeutet im Einzelfall eine Ersparnis bis zu 10 Euro. Fragen Sie ggf. Ihren Arzt (oder Apotheker), ob Sie auch ein zuzahlungsfreies Arzneimittel erhalten können.

Wichtig

Welche Arzneimittel es zuzahlungsfrei gibt, können Sie im Internet erfahren unter www.gkv-spitzenverband.de. In der Navigationsleiste unter „Versicherte“. Die entsprechende Liste wird laufend aktualisiert.

Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage pro Kalenderjahr
Arznei- und Verbandmittel	10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro (siehe aber „Zuzahlungsfreie Arzneien“)
Arztbesuch (ambulant)	10 Euro pro Quartal für jeden ersten Arztbesuch, Ausnahmen: Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Überweisungen
Brillen/Kontaktlinsen (für Erwachsene nur bei schwerer beidseitiger Sehbeeinträchtigung)	10% der Kosten bei Gläsern bzw. der Kontaktlinsen, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Fahrkosten (Fahrten, die aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich sind)	10% des Fahrpreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Haushaltshilfe	10% der Kosten pro Tag, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Häusliche Krankenpflege	10% der Kosten pro Tag, höchstens für 28 Tage pro Kalenderjahr sowie 10 Euro je Verordnung
Heilmittel	10% der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung
Hilfsmittel	10% der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Krankenhaus	10 Euro pro Tag, höchstens für 28 Tage pro Kalenderjahr
Rehabilitationsleistungen auch für Mütter und Väter (ambulant und stationär)	10 Euro pro Tag
Vorsorgeleistungen auch für Mütter und Väter (stationär)	10 Euro pro Tag

Jährlicher Höchstbetrag für Zuzahlungen

Versicherte haben Zuzahlungen nur bis zu einem einkommensabhängigen Höchstbetrag (Belastungsgrenze) zu leisten. Diese beträgt pro Kalenderjahr 2% der „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“.

Bei Familien berechnet sich diese Belastungsgrenze für Zuzahlungen aus den Einnahmen der gesamten Familie. Die Bruttoeinnahmen von Ehegatten/Lebenspartnern und von zu berücksichtigenden Kindern werden also zusammengerechnet. Das Einkommen anderer im Haushalt lebender Personen (z. B. Eltern oder Schwiegereltern) bleibt bei der Berechnung der Belastungsgrenze unberücksichtigt.

Was sind „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“?

Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sind z. B.:

- Löhne und Gehälter (einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld),
- Renten,
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit.

Der Begriff „Bruttoeinnahmen“ ist auch bei Löhnen und Gehältern wörtlich zu nehmen. D. h., es ist das Bruttoarbeitsentgelt und nicht das tatsächlich ausgezahlte Nettoarbeitsentgelt zu berücksichtigen. Diese Regelung führt bei Versicherten immer wieder zu Unverständnis, ist im Gesetz jedoch ausdrücklich so vorgesehen. Kindergeld z. B. ist allerdings keine Einnahme in diesem Sinne.

Chronisch Kranke zahlen weniger!

Chronisch Kranke leisten nur 1% ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung. Ist in einer Familie nur ein Angehöriger chronisch krank, so verringert sich die Belastungsgrenze für die gesamte Familie auf 1%.

Wer ist chronisch krank?

Eine chronische Krankheit in diesem Sinne liegt nur dann vor, wenn die Krankheit eines der folgenden Merkmale erfüllt:

- Es liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen 2 oder 3 nach dem Pflegeversicherungsgesetz vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung von mindestens 60% vor, die durch die chronische Krankheit bedingt ist.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, da ohne diese eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Verminderung der Lebensqualität aufgrund der chronischen Erkrankung zu erwarten ist.

Darüber hinaus muss die Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal behandelt worden sein. Als Nachweis für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung benötigen Sie eine Bescheinigung Ihres Arztes.

Therapiegerechtes Verhalten

Der Arzt darf die Bescheinigung über das weitere Vorliegen einer chronischen Erkrankung zur Absenkung der Belastungsgrenze auf 1% grundsätzlich nur dann ausstellen, wenn sich der Versicherte „therapiegerecht“ verhalten hat.

Ausgenommen von der Feststellung des therapiegerechten Verhaltens sind Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren, Versicherte mit Pflegestufe 2 oder 3 bzw. Versicherte mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60%.

Vorsorgeuntersuchungen

Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1% findet zukünftig keine Anwendung für

- nach dem 1. April 1972 geborene chronisch Kranke, die ab 2008 die vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben bzw.
- nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch Kranke, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung angeboten wird, und die diese Untersuchung ab 2008 nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Welche Untersuchungen sind konkret gemeint?

Die Pflicht zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen besteht derzeit nur für Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs (ab 50 Jahre), von Darmkrebs (ab 50 Jahre) und von Gebärmutterhalskrebs (ab 20 Jahre). Da Versicherte letztlich jedoch nicht gezwungen werden können, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, wurde davon abgesehen die Untersuchung selbst zur Pflicht zu machen. Die Voraussetzungen gelten vielmehr bereits als erfüllt, wenn Versicherte nachweisen können, dass ihr Arzt sie über Chancen und Risiken der Früherkennungsuntersuchungen beraten hat. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen.

Die Beratung ist ab dem 1.1.2008 in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung wahrzunehmen und zu dokumentieren, soweit die Versicherten nicht bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Aufgrund der Altersgrenzen ist die jeweilige Beratung frühestens von den nachfolgend beschriebenen Zeitpunkten an nachzuweisen:

- a) bei Frauen, die nach dem 31.12.2009 an Gebärmutterhalskrebs erkranken und nach dem 1.4.1987 geboren sind,
- b) bei Frauen, die nach dem 1.4.2039 an Darm- oder Brustkrebs erkranken und nach dem 1.4.1987 geboren sind,
- c) bei Männern, die nach dem 1.4.2014 an Darmkrebs erkranken und nach dem 1.4.1962 geboren sind.



Besondere Freibeträge für Familien

Je nach der Anzahl der im Haushalt lebenden Angehörigen werden von den jährlichen Einnahmen Freibeträge abgezogen, und zwar im Jahr 2011

- 4.599 Euro jährlich für den ersten Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (meistens der Ehepartner) sowie
- 7.008 Euro jährlich für jedes familienversicherte Kind.

Ist nach Abzug der Familienabschläge ausnahmsweise kein positiver Betrag mehr vorhanden (zu berücksichtigende jährliche Bruttoeinnahmen = 0 Euro), beträgt auch die Belastungsgrenze 0 Euro.



Sonderregelung für bestimmte Personengruppen

Bei bestimmten Personengruppen ist es schwierig bzw. unmöglich, die genauen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festzustellen. Bei diesen Personengruppen wird bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen generell der so genannte Sozialhilfe-Eckregelsatz für einen Haushaltsvorstand zugrunde gelegt. Dies gilt z. B. für Bezieher von Sozialhilfe oder für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim von einem Träger der Sozialhilfe getragen werden.

Beim Sozialhilfe-Eckregelsatz werden für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder keine zusätzlichen Freibeträge mehr abgezogen. Über den für Sie geltenden Betrag informiert Sie gerne Ihre IKK. Dies gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

So ermitteln Sie Ihre Belastungsgrenze

Belastungsgrenze

Herr Meier ist verheiratet und hat zwei minderjährige familienversicherte Kinder. Sein jährliches Bruttoarbeitsentgelt beträgt 30.000 Euro. Seine Frau und die Kinder haben keine eigenen Einnahmen. Keiner in der Familie ist chronisch krank.

Ermittlung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

Jährliches Bruttoarbeitsentgelt	30.000 Euro
abzüglich Freibetrag für Ehefrau	4.599 Euro
abzüglich Freibetrag für zwei Kinder (7.008 Euro pro Kind)	14.016 Euro
Verbleibender anrechenbarer Betrag	11.385 Euro

Die Belastungsgrenze für Familie Meier beträgt also (11.385 Euro x 2%) 227,70 Euro pro Jahr.

Die Familie hat folgende Leistungen mit den entsprechenden Zuzahlungen in Anspruch genommen:

1. Quartal 2011	
1 Hausarztbesuch von Herrn Meier, Praxisgebühr	10 Euro
2 Arzneimittel von 25 bzw. 60 Euro, Zuzahlung 5 bzw. 6 Euro	11 Euro
Gesamtzuzahlungen im 1. Quartal	21 Euro
2. Quartal 2011	
Krankenhausaufenthalt von Herrn Meier von 8 Tagen, Zuzahlung 8 x 10 Euro	80 Euro
1 Hausarztbesuch, Praxisgebühr	10 Euro
4 Arzneimittel von 12, 20, 25 und 30 Euro, Zuzahlung je 5 Euro	20 Euro
Gesamtzuzahlungen im 2. Quartal	110 Euro
3. Quartal 2011	
Zahnarztbesuch von Herrn Meier, Praxisgebühr	10 Euro
Gesamtzuzahlungen im 3. Quartal	10 Euro
4. Quartal 2011	
Hausarztbesuch Herr und Frau Meier, Praxisgebühr	20 Euro
2 Arzneimittel von 12 bzw. 15 Euro, Zuzahlung je 5 Euro	10 Euro
Krankenhausaufenthalt Frau Meier von 37 Tagen, Zuzahlung 28 x 10 Euro	280 Euro
Zuzahlungen im 4. Quartal	310 Euro
Gesamtzuzahlungen 2011	451 Euro

Familie Meier hat 2011 insgesamt 451 Euro an Zuzahlungen geleistet. Damit ist die Zuzahlungshöchstgrenze für das gesamte Jahr (227,70 Euro) um 223,30 Euro überschritten. Diesen Betrag erstattet die IKK.

Wie beantrage ich die Befreiung bzw. Erstattung?

Um nicht zu viel zuzuzahlen, gibt es prinzipiell zwei Wege: Sie leisten im gesamten Kalenderjahr alle Zuzahlungen und lassen sich am Jahresende von der IKK Zuzahlungen oberhalb Ihrer Belastungsgrenze zurückerstatten.

Sollte die Überschreitung der Belastungsgrenze allerdings bereits im Laufe des Kalenderjahres absehbar sein, sollten Sie bei Ihrer IKK einen Befreiungsausweis beantragen, um im restlichen Kalenderjahr keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten zu müssen.

Sonderregelungen für Zahnersatz

Der gesetzlich vorgesehene Eigenanteil zu einem Zahnersatz wird nicht auf die 1- bzw. 2-prozentige Belastungsgrenze angerechnet. Allerdings gelten beim Zahnersatz besondere Regelungen. Setzen Sie sich ggf. direkt mit Ihrer IKK in Verbindung.

Sie möchten mehr wissen?

Ganz gleich, ob zu dem in diesem Faltblatt angesprochenen Thema oder zu anderen Themen rund um die Sozialversicherung: Die IKK wird Ihnen und Ihrer Familie mit Rat und Tat zur Seite stehen – garantiert. Wenn Sie also Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an. Wir werden Ihnen kompetent, schnell und zuverlässig weiterhelfen.

Zuzahlungs- und Härtefallregelungen

Tipps und Hinweise auf einen Blick.

Kostenlose IKK-Servicehotline: 0800 455 1111

Damit Sie nicht zu viel zuzahlen