



Zuzahlungen und Belastungsgrenze 2019



Mehr Leistung. Mehr Service.

Vorwort

Vor dem Hintergrund kontinuierlich steigender Gesundheitskosten, aufgrund einer alternden Bevölkerung und des medizinisch-technischen Fortschritts, sind Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits seit Mitte der 1970er Jahre ein notwendiges Übel. Neben der Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitskosten sollen sie zu einer wirtschaftlicheren Inanspruchnahme beitragen.

Das Positive: Die Grenze der zumutbaren Belastung ist in jedem Jahr auf zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt beschränkt.

Für bestimmte schwerwiegend chronisch Kranke in Dauerbehandlung gilt eine auf ein Prozent halbierte Belastungsgrenze, die sog. Chronikerregelung. Zum Nachweis ist eine ärztliche Bescheinigung nach einheitlichem Muster 55 vorzulegen. Die Feststellung, ob es sich um eine schwerwiegende chronische Krankheit in diesem Sinne handelt, trifft aber die Krankenkasse. Für alle Angehörigen der jungen Generation gilt, dass „Vorsorgemuffel“ ggf. später einmal Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Mit diesem Faltblatt geben wir einen Überblick über den aktuellen Stand der Zuzahlungsregelungen. Darüber hinaus zeigen wir auf, unter welchen Umständen nicht mehr zugezahlt werden muss.

Ihre IKK gesund plus

Herausgeber:



15. Auflage
Stand: 1. Januar 2019 · GK100118
© PRESTO Gesundheits-
Kommunikation GmbH
www.presto-gk.de

Zuzahlungen im Überblick

Leistung	Zuzahlung (Grundsatz)
Ambulante/stationäre Reha-Maßnahmen	10 EUR je Kalendertag
Anschlussrehabilitation (AHB)	10 EUR je Kalendertag, max. 28 Tage im Jahr
Arznei- und Verbandmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Häusliche Krankenpflege	10 % der für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr anfallenden Kosten, zusätzlich 10 EUR je Verordnung
Haushaltshilfe	10 % der Kosten pro Tag, mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Heilmittel (z. B. Massagen, Krankengymnastik) – auch in der Arztpraxis –	10 % der Kosten, zusätzlich 10 EUR je Verordnung
Hilfsmittel (nicht zum Verbrauch bestimmt)	10 % der Kosten, mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Hilfsmittel (zum Verbrauch bestimmt)	10 % der Kosten, max. 10 EUR pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 EUR je Kalendertag, max. 28 Tage im Jahr
Soziotherapie	10 % der Kosten pro Tag, mind. 5 EUR, max. 10 EUR
Vorsorge-/Reha-Maßnahmen für Mütter/Väter	10 EUR je Kalendertag

Keine Zuzahlungsverpflichtung besteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; Fahrkosten ausgenommen.

Arzneimittel im Besonderen

Ist für Medikamente ein sog. Festbetrag bestimmt worden, übernehmen wir die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages. Sie müssen lediglich eine Zuzahlung von 10 Prozent des Apothekenverkaufspreises leisten, mindestens 5, maximal 10 EUR. Liegt der Festbetrag für das Arzneimittel unter dem Apothekenverkaufspreis, wird die Zuzahlung nur aus dem Festbetrag berechnet.

Wenn der Arzt ein Arzneimittel mit einem Preis über dem Festbetrag verschreibt, ist er verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen. Fällt Ihre Wahl dennoch auf das teurere Arzneimittel, zahlen Sie den Differenzbetrag als sog. Aufzahlung aus der eigenen Tasche (zuzüglich der regulären Zuzahlung).

Beispiel:

Klaus Maier bekommt von seinem Hausarzt ein Medikament verschrieben. Der Apothekenverkaufspreis beträgt 85,20 EUR. Für das Medikament ist ein Festbetrag von 80,00 EUR festgelegt.

- Der Apothekenverkaufspreis übersteigt den Festbetrag um 5,20 EUR, diese Differenz muss Klaus Maier als Aufzahlung selbst tragen. Zuzüglich der Zuzahlung von 8,00 EUR (10 Prozent von 80,00 EUR) beträgt seine Kostenbeteiligung somit insgesamt 13,20 EUR.

Die Aufzahlung ist übrigens auch dann zu leisten, wenn eine Befreiung von den Zuzahlungen (siehe Seite 6) vorliegt.

Neue Arzneimittel, welche die Therapie verbessern oder sich durch weniger Nebenwirkungen auszeichnen, sind von der Festbetragsregelung ausgenommen. Das bedeutet: Wir übernehmen für diese Präparate die Kosten, abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlung.

Der GKV-Spitzenverband kann bestimmte Medikamente von der Zuzahlung befreien, wenn der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens ohne Mehrwertsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag. Das spart bis zu 10 EUR je verschriebener Arznei. Ein Anreiz, auf eine Verordnung solch preisgünstiger Mittel zu bestehen.

Unser Tipp

- *Laufend aktualisierte Übersichten zuzahlungsbefreiter Arzneimittel (sortiert nach Namen bzw. Wirkstoffen) finden Sie im Internet:*

www.gkv-spitzenverband.de

(Rubrik: Krankenversicherung/Arzneimittel/Zuzahlungsbefreiung)

Option Mehrkostenregelung: Wer sich für andere als die rabattierten Medikamente seiner Krankenkasse entscheidet, trägt per Vorkasse erst einmal die Gesamtkosten, bleibt aber später auf einem Teil davon sitzen. Denn im Rahmen der Kostenerstattung haben die Krankenkassen Verwaltungskosten, entgangene Rabattabschläge und höhere Kosten für das Wahlarzneimittel sowie die Zuzahlung in Abzug zu bringen.

Quittungen prüfen und sammeln

Für jede geleistete Zuzahlung stellen die Leistungserbringer (z. B. Apotheker, Physiotherapeuten) kostenfrei Quittungen aus. Diese sollten sorgfältig aufbewahrt werden, denn sie können bares Geld wert sein. Damit die Belege später auch anerkannt werden können, empfiehlt es sich immer direkt zu prüfen, ob Vor- und Zuname, Art der Leistung, Zuzahlungsbetrag, Datum der Abgabe und abgebende Stelle (Stempel) daraus hervorgehen.

Übrigens: Soweit Leistungserbringer Rabatte bzw. Boni auf zuzahlungspflichtige Leistungen gewähren und mit der Zuzahlung verrechnen, wird nur der reduzierte Betrag anerkannt. Dies gilt auch, sofern neben der Zuzahlung Mehrkosten zu tragen sind.

Belastung individuell begrenzt

Die Zuzahlungsregeln dürfen nicht dazu führen, dass der Einzelne über Gebühr belastet wird. Aus diesem Grund müssen Erwachsene in jedem Jahr nicht mehr als zwei Prozent ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aus der eigenen Tasche hinzuzahlen.

Die Chronikerregelung

Für Haushalte, in denen ein schwerwiegend chronisch Kranker lebt, halbiert sich die Belastung unter nachfolgend beschriebenen Voraussetzungen auf ein Prozent ihrer Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Diese besondere Belastungsgrenze gilt, wenn wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal eine ärztliche Behandlung erfolgte (Dauerbehandlung). Der Nachweis erfolgt mittels einer ärztlichen Bescheinigung nach einheitlichem Muster 55.

Als zweite Voraussetzung muss zusätzlich eines der folgenden Merkmale erfüllt sein:

- Einstufung in Pflegegrad 3 oder höher, wobei nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit das Vorliegen einer Dauerbehandlung unterstellt wird.
- Mindestens ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 60 Prozent, hierbei muss im Feststellungsbescheid dieselbe Erkrankung wie in Muster 55 aufgeführt sein.

- Kontinuierliche medizinische Versorgung, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, Verminderung der Lebenserwartung oder dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Wer den Vorteil der Chronikerregelung nach der Erstfeststellung auch weiterhin nutzen will, muss das Fortbestehen der Dauerbehandlung grundsätzlich jedes Jahr aufs Neue gegenüber der Krankenkasse nachweisen.

Im Sinne des Bürokratieabbaus können die Krankenkassen allerdings auf diesen jährlichen Nachweis verzichten. Voraussetzung dafür ist, dass die notwendigen Feststellungen bereits getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen (z.B. bei Pflegebedürftigen, sofern in der Beurteilung des Pflegebedarfs keine Änderung eingetreten ist, oder bei Dialysepatienten).

„Vorsorgemuffeln“ drohen Nachteile

Die einprozentige Belastungsgrenze kommt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte ggf. nicht in Betracht. Und zwar dann nicht, wenn sie die vorgesehenen Gesundheitsuntersuchungen (sog. Gesundheits-Check-up) vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Diese Regelung gilt für die Zeit seit dem 1. Januar 2008.

Ausgenommen sind u.a. Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen. Auch für chronisch kranke Versicherte, die in ein für ihre Erkrankung bestehendes strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben sind (z.B. bei Koronarer Herzkrankheit oder Diabetes), gilt ungeachtet des Vorsorgeverhaltens die niedrigere Belastungsgrenze.

Der Gesundheits-Check-up soll der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten dienen, die bei frühzeitiger Diagnose besonders wirksam behandelt werden können. Dazu gehören vor allem Herz-Kreislauf- und Nieren-Erkrankungen sowie die Zuckerkrankheit (Diabetes).

Wichtig

- *Als Nachweis der ärztlichen Beratung dient entweder ein Präventionspass, ähnlich dem Bonusheft beim Zahnarzt, oder eine Bescheinigung des Arztes. So oder so, den Nachweis sollten Sie sorgfältig aufbewahren. Die Ausstellung erfolgt kostenlos.*

Prüfung der Belastungsgrenze

Für das Feststellen der unzumutbaren Belastung wird der gemeinsame Haushalt berücksichtigt. Sowohl die geleisteten Zuzahlungen als auch die Bruttoeinnahmen des Versicherten werden mit denen seiner Angehörigen zusammengerechnet.

Folgende Freibeträge mindern die jährlichen Einnahmen zum Lebensunterhalt (2019):

- 5.607 EUR für den Ehegatten bzw. gleichgeschlechtlichen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- 7.620 EUR für Kinder bis zu dem Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, bzw. für ältere Kinder, sofern für sie eine Familienversicherung besteht

Wer seine persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, erhält einen Befreiungsausweis und muss für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Hierzu zählen – wie es die Bezeichnung schon vermuten lässt – alle gegenwärtig zur Verfügung stehenden Bruttoeinnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind; und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Beispielfhaft seien erwähnt:

- Lohn und Gehalt (auch Einmalzahlungen wie Urlaubs- oder Weihnachtsgeld),
- Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit bzw. Gewerbebetrieb,
- Kapitalerträge (z. B. Sparzinsen),
- Mieten/Pachten sowie
- Renten oder Betriebsrenten.

Dagegen gehören u. a. das Kindergeld sowie Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz nicht dazu.

Beispiel:

Beate Keller – alleinerziehende Mutter von zwei familienversicherten Kindern – hat ein regelmäßiges Gehalt von 1.600 EUR monatlich (keine Einmalzahlungen).

Zuzahlungen sind 2019 für Mutter Beate bisher in Höhe von 175 EUR (14 Tage Krankenhaus, 35 EUR in der Apotheke) angefallen.

■ Bruttoeinnahmen 2019 =	19.200 EUR
2 Kinder (7.620 EUR × 2 =)	./ 15.240 EUR
	<hr/>
	= 3.960 EUR
Belastungsgrenze	2 % = 79,20 EUR
Erstattung	95,80 EUR

Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – ggf. nach Abzug der Freibeträge – nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0 EUR.

Variante des Beispiels:

Das regelmäßige Gehalt von Beate Keller beträgt lediglich 1.200 EUR monatlich (keine Einmalzahlungen); 175 EUR Zuzahlungen.

■ Bruttoeinnahmen 2019 =	14.400 EUR
2 Kinder (7.620 EUR × 2 =)	./. 15.240 EUR
	<hr/>
	= - 840 EUR
Belastungsgrenze	0 EUR
Erstattung	175 EUR

Eine besondere Belastungsgrenze gilt immer dann, wenn dem Haushalt/der Bedarfsgemeinschaft eine Person angehört, die beispielsweise

- Arbeitslosengeld II bezieht,
- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII erhält bzw.
- bei der die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe getragen werden.

Für diesen Personenkreis sind als Einnahmen zum Lebensunterhalt für den gesamten Haushalt/die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelbedarfsstufe 1 nach dem SGB XII (vom 1. Januar 2019 an: 424 EUR im Monat, einheitlich in allen Bundesländern) maßgeblich. Als besondere Belastungsgrenzen ergeben sich hier also 101,76 EUR (2 %) bzw. im Falle der Chronikerregelung 50,88 EUR (1 %) im Jahr.

Was gilt beim Zahnersatz?

Losgelöst von den sonstigen Zuzahlungen und der Belastungsgrenze ist für Versicherte mit geringem Einkommen eine zahnprothetische Versorgung ohne Eigenanteil sichergestellt.

Im Falle einer unzumutbaren Belastung gewähren wir den doppelten Festzuschuss bzw. übernehmen wir die tatsächlich entstandenen Kosten der Regelversorgung vollständig. Die Regelversorgung umfasst alle Leistungen, die zu einem bestimmten zahnmedizinischen Befund in aller Regel anfallen. Eine unzumutbare Belastung liegt beispielsweise vor, wenn

- die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt lediger Versicherter im Jahr 2019 1.246,00 EUR nicht überschreiten, bei Familien kommen 467,25 EUR für den ersten und 311,50 EUR für jeden weiteren Haushaltsangehörigen hinzu,
- bestimmte Sozialleistungen beansprucht werden können (z. B. Arbeitslosengeld II) oder
- die Heimunterbringung vom Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen wird.

Wichtig

- *Für alle diejenigen, die sich hinsichtlich ihres Zahnersatzes für eine aufwendigere Versorgungsform entscheiden, verbleiben immer Restkosten.*

Daneben besteht die sog. gleitende Härtefallregelung, nach der sich einkommensabhängig ggf. der Eigenanteil reduziert. Wir verzichten an dieser Stelle auf eine ausführlichere Darstellung zu dieser recht komplizierten Prüfung. Im Bedarfsfall beraten wir Sie auch hierzu gern ausführlich.

Zuzahlungsrechner

Unser Onlinerechner bietet Ihnen die Möglichkeit, mit wenigen Eingaben die individuelle Belastungsgrenze zu ermitteln sowie die anfallenden Zuzahlungen nach und nach zu erfassen, bis die unzumutbare Belastung erreicht ist.

Wir beraten Sie gern!

Alles was Sie bis hierhin gelesen haben, ist lediglich geeignet, Ihnen einen groben Überblick zu vermitteln. Wie Sie es gewohnt sind, stehen wir Ihnen gern für weitere Fragen zur Verfügung. Rufen Sie uns an oder besuchen Sie uns in unseren Geschäftsräumen, dann besprechen wir Ihren konkreten Einzelfall.

IKK-Servicetelefon

📞 **0800 8579840**

(täglich, 24 Stunden zum Nulltarif)

🌐 www.ikk-gesundplus.de



Mehr Leistung. Mehr Service.