



Zuzahlungen und Belastungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Als Versicherte/r ab 18 Jahren müssen Sie zu verschiedenen Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen leisten. Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, müssen Sie aber innerhalb eines Kalenderjahres nur bis zu einer bestimmten Grenze zuzahlen (Belastungsgrenze).

Hinweis: Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch nicht volljährige Versicherte entrichten müssen.

Wo liegt meine persönliche Belastungsgrenze?

Ihre persönliche Belastungsgrenze ist dann erreicht, wenn Sie für Zuzahlungen mindestens folgende Beträge ausgeben:

1. 2 % der jährlichen Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt oder
2. 1 % der jährlichen Brutto-Einnahmen, wenn Sie als chronisch Kranke/r wegen einer schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind. Dies muss Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt bestätigen. Diese Belastungsgrenze gilt dann auch für Ihre im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen. Bei Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer Krankenkasse erhalten Sie die entsprechenden Formulare.

Wann gilt die Krankheit als schwerwiegend chronisch?

Als schwerwiegend chronisch krank gelten Sie, wenn Sie

- wenigstens ein Jahr lang und
- mindestens einmal pro Quartal

wegen derselben Krankheit ärztlich behandelt wurden (Dauerbehandlung).

Diese Krankheit muss eines der folgenden Merkmale aufweisen:

1. Es liegt mindestens Pflegegrad 3 liegt vor.
2. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60 % vor.
3. Die Ärztin/der Arzt muss folgende Einschätzung abgeben, nach der Sie kontinuierlich medizinisch versorgt werden müssen. Ohne diese Versorgung droht:



- eine lebensbedrohliche Verschlimmerung,
- eine Verminderung der Lebenserwartung oder
- eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung.

Auf welcher Grundlage wird die Belastungsgrenze ermittelt?

Die Krankenkasse berücksichtigt Sie und die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen bei der Berechnung der Jahres-Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt. Anhand dieser Beträge ermittelt sie die Belastungsgrenze. Als Angehörige gelten Ehepartner, Lebenspartner (Lebenspartnerschaftsgesetz), familienversicherte und nicht familienversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Ein gemeinsamer Haushalt gilt auch dann, wenn ein Ehepartner oder Lebenspartner dauerhaft im Pflegeheim ist.

Was wird auf die Brutto-Einnahmen angerechnet?

1. Die Belastungsgrenze errechnet die Krankenkasse aus den Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt aller zu berücksichtigenden Angehörigen. Dazu gehören z.B.:

- Arbeitsentgelt
- Sonderzahlungen
- Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Leistungen der Agentur für Arbeit/ der Kommune
- Renten, Pensionen
- Unterhalt
- Mieteinnahmen
- Zinserträge.

2. Für Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner) und für jedes zu berücksichtigende Kind zieht die Krankenkasse von den Bruttoeinnahmen Freibeträge ab.

Für 2019 gelten dabei folgende Werte:

- 5.607 Euro für den ersten Angehörigen
- 3.783 Euro für jeden weiteren Angehörigen
- 7.620 für jedes zu berücksichtigende Kind



Die Werte für 2020:

- 5.733 Euro für den ersten Angehörigen
- Euro für jeden weiteren Angehörigen
- 7.812 Euro für jedes zu berücksichtigende Kind

Muss ich Zuzahlungen auch dann leisten, wenn ich über ein geringes Einkommen verfüge?

Haben Sie ein geringes Einkommen, gibt es eine Sonderregelung. Voraussetzung: Sie zählen zu einer dieser Gruppen:

- Empfänger von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe oder Grundsicherungsleistungen
- Empfänger von Kriegsopferfürsorge
- Heimbewohner, deren Unterbringung von einem Träger der Sozialhilfe übernommen wird.

In diesem Fall errechnet die Krankenkasse die Belastungsgrenze aus dem Regelbedarf für einen Erwachsenen nach dem Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz. Für das Jahr 2019 liegt der Wert bei 5088 Euro (2020: 5.184 Euro).

Bei Versicherten, die im gesamten Kalenderjahr Arbeitslosengeld II beziehen, liegt demnach die jährliche Belastungsgrenze in 2020 bei 103,68 Euro (2%) - für Chroniker bei 51,84 Euro (1%).

Bei Bezieherinnen und Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Belastungsgrenze für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Die Freibeträge können daher nicht zusätzlich geltend gemacht werden.

Wann werde ich von weiteren Zuzahlungen befreit und wie bekomme ich zu viele geleistete Zuzahlungen zurück?

Wenn Sie mit Ihren Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht bzw. überschritten haben, befreit Sie die Krankenkasse auf Antrag für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen.

Achtung: Sie werden nicht automatisch von Ihrer Kasse benachrichtigt, wenn Ihre Belastungsgrenze erreicht ist. Sammeln Sie deshalb alle Zuzahlungsbelege im Original und halten Sie Ihre Zuzahlungen im Auge. Sobald Sie die Belastungsgrenze erreicht



haben, können Sie die Befreiung für den Rest des Jahres beantragen. Zu viel geleistete Zuzahlungen erstattet Ihnen die Krankenkasse, wenn Sie einen Antrag stellen.

Tipp: Sammeln Sie alle Zuzahlungsbelege im Original, die Sie selbst und gegebenenfalls zu berücksichtigende Familienangehörige betreffen. Einzelbelege müssen dann nicht eingereicht werden, wenn Ihnen Ihre Apotheke eine Sammelrechnung ausstellt.

Die Sammelrechnung/Belege muss/müssen diese Angaben enthalten:

- Vor- und Nachname
- Art bzw. Zweck der zuzahlungspflichtigen Leistung (z.B. Arzneimittel)
- Höhe der Zuzahlung
- Zeitpunkt der Abgabe der Leistung
- Abgegebene Stelle (z.B. Stempel der Apotheke)

Kann ich mich im Voraus von Zuzahlungen befreien lassen?

Sie können sich im Voraus auf Antrag für den Rest des laufenden Jahres oder für das ganze kommende Kalenderjahr von Zuzahlungen befreien lassen. Voraussetzung: Es ist absehbar, dass Ihre Zuzahlungen die Belastungsgrenze überschreiten werden. Dazu müssen Ihre voraussichtlichen kalenderjährlichen Einnahmen verlässlich hochgerechnet werden können.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen, errechnet die Krankenkasse Ihre individuelle Belastungsgrenze unter Vorbehalt. Sie zahlen dann die Differenz zwischen den bereits geleisteten Zuzahlungen und der Belastungsgrenze bzw. den gesamten Betrag in Höhe der Belastungsgrenze im Voraus.

Danach sollten Sie von Ihrer Krankenkasse Ihre Befreiungskarte erhalten und ersparen sich das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Achtung: Die Krankenkasse erstattet Ihnen Beträge aus einer geleisteten Vorauszahlung regelmäßig nicht zurück.



Anlage: Zuzahlungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Arznei- und Verbandmittel	<p>10 Prozent des Abgabepreises, mind. 5 Euro, max. 10 Euro, jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</p> <p>Zusätzliche Kosten können nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet werden, z.B. wenn</p> <ul style="list-style-type: none">• Arznei- und/oder Verbandmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen oder• Arzneimittel gekauft wurden, die nicht verschreibungspflichtig sind oder• bei wirtschaftlicher Aufzählung.
Stationäre Krankenhausbehandlung	10 Euro pro Tag, max. 28 Tage je Kalenderjahr
Heilmittel	10 Prozent der Kosten je Anwendung zuzüglich 10 Euro je Verordnung
Hilfsmittel	<p>10 Prozent der Kosten, mind. 5 Euro, max. 10 Euro, jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</p> <p>Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, (z.B. Einmalwindeln): 10 Prozent je Packung, max. 10 Euro pro Monat</p>
Soziotherapie und Haushaltshilfe	10 Prozent der kalendertäglichen Kosten, mind. 5 Euro und max. 10 Euro, je Kalendertag, an dem die Haushaltshilfe in Anspruch genommen wird



Fahrkosten	<p>10 Prozent der Kosten, mind. 5 Euro, max. 10 Euro je Fahrt, jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</p> <p>Bei Serienfahrten z.B. zur Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie muss nur für die erste und letzte Fahrt eine Zuzahlung entrichtet werden.</p> <p>Hin- und Rückfahrten gelten grundsätzlich als getrennte Fahrten. Folglich werden Zuzahlungen sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt fällig.</p>
-------------------	---

Achtung: Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind zuzahlungsfrei (Ausnahme: Fahrkosten)

UPD – Die kostenlose Patientenauskunft für Deutschland im Serviceüberblick

Die Beratung der UPD ist über kostenfreie Rufnummern wie folgt erreichbar: **Beratung in deutscher Sprache**, Rufnummer: **0800 011 77 22**, Zeiten: montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr. Fremdsprachige Angebote: **Beratung Türkisch**, Rufnummer: **0800 011 77 23**, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; **Beratung Russisch**, Rufnummer: **0800 011 77 24**, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; **Beratung Arabisch**, Rufnummer: **0800 332 212 25**, Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr.

Der **Beratungs-Service vor Ort oder im UPD Beratungsmobil** kann nach telefonischer Terminabstimmung unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 011 77 25 genutzt werden. Die Adressen der 30 Vor-Ort-Beratungsstellen sowie eine Übersicht über die rund 100 Städte, in denen das Beratungsmobil Halt macht, sind im Internet zu finden. Informationen zu weiteren Beratungsmöglichkeiten zum Beispiel per Post oder online finden Sie ebenfalls unter: www.patientenberatung.de.

Wichtiger Hinweis: Bitte schicken Sie per Post **ausschließlich Kopien**, keine Originale. Nach der Bearbeitung eines Anliegens werden Dokumente aus Datenschutzgründen vernichtet; ein Rückversand ist somit nicht möglich.

Impressum

Stand: November 2019

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin

ViSdP: Thorben Krumwiede