



Dezember 2015 / Januar 2016

Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen
und Belastungsgrenzen
in der gesetzlichen Krankenversicherung

Impressum

Inhalte: Martin Russell Varga

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, November 2015

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhalt

1.	Was sind Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen, und warum gibt es sie?	5
1.1.	Die gesetzliche Krankenversicherung – eine Solidargemeinschaft	5
1.2.	Die Zuzahlung – ein Bruch mit dem Solidarprinzip	6
1.3.	Das Ziel der Zuzahlungen: Entlastung der Arbeitgeber	6
1.4.	Entsolidarisierung zulasten Kranker und Einkommensschwacher	7
2.	Wann sind welche Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zu leisten?.....	8
2.1.	Arzneimittel und Verbandsmittel	8
2.1.1.	Festbeträge.....	8
2.1.2.	Aut-idem-Regelung.....	8
2.1.3.	Vollständige Selbstzahlung	9
2.2.	Heilmittel.....	9
2.3.	Hilfsmittel	9
2.3.1.	Hilfsmittelleinheiten und Wechselfaare.....	10
2.3.2.	Sonderfälle	10
2.3.3.	Festbeträge, insbesondere für Hörgeräte	10
2.4.	Krankenhausbehandlung und Reha	11
2.5.	Fahrkosten	12
2.6.	Weitere Leistungen	13
2.6.1.	Häusliche Krankenpflege.....	13
2.6.2.	Haushaltshilfe	13
2.6.3.	Soziotherapie	13
2.6.4.	Empfängnisverhütung.....	13

2.7.	Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung	14
2.7.1.	Beschränkung auf die Regelversorgung.....	14
2.7.2.	Festzuschüsse und Bonusheft.....	14
2.7.3.	Prophylaxe für Minderjährige	15
2.7.4.	Höherer Zuschuss für Geringverdiener.....	15
2.7.5.	Kieferorthopädie	16
2.8.	Künstliche Befruchtung.....	17
3.	Welche Befreiungen und Zuzahlungsgrenzen gibt es?	17
3.1.	Zuzahlungsbefreiung für Kinder und Jugendliche	17
3.2.	Die reguläre Belastungsgrenze von 2 Prozent der Bruttoeinnahmen	18
3.3.	Die Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch kranke Versicherte	19
3.4.	Die Quittung, bitte!	20
4.	Die Kosten für selbst bezahlte Medikamente und Hilfsmittel.....	21
5.	An Ihrer Seite beim Thema Zuzahlung: der VdK.....	22

Eine Szene aus dem täglichen Leben: Ein Patient kommt gerade von der Hausärztin, das Rezept in der Hand, und sucht seine Stammapotheke auf. Er gibt das Rezept ab, der Apotheker zeigt ihm eine Schachtel mit Tabletten, erklärt, wie sie einzunehmen sind, zum Beispiel „unzerkaut dreimal täglich zu den Mahlzeiten“ – und dann... Dann nennt der Apotheker einen Betrag, den der Patient zu dem ärztlich verschriebenen Medikament zuzahlen muss – „zehn Euro wären das dann, bitte“. Viele Sozialversicherte kennen es gar nicht mehr anders. Aber warum muss man eigentlich zu einem Medikament eine Zuzahlung leisten? Wie kamen die Zuzahlungen ins Krankenversicherungsrecht, wofür sind sie zu leisten und wann greift die Belastungsgrenze?

1. Was sind Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen, und warum gibt es sie?

Zuzahlungen sind Geldbeträge, die Krankenversicherte für eine von der Krankenkasse finanzierte Leistung zu entrichten haben, regelmäßig direkt bei den Leistungserbringern, beispielsweise Apotheken und Krankengymnastikpraxen. Eigenbeteiligungen unterscheiden sich von Zuzahlungen dadurch, dass die Krankenkasse von vornherein nur einen Teil der Kosten für eine medizinische Maßnahme trägt, etwa weil nur eine Basisversorgung gewährleistet wird oder weil auch von der Basisversorgung nur ein Teil durch die Krankenkassen finanziert wird. Den Fehlbetrag müssen die Versicherten selbst zahlen. Der Unterschied zwischen den beiden Formen der Kostenbeteiligung liegt also darin, dass die Krankenkasse zuzahlungspflichtige Leistungen „eigentlich“ ganz finanziert, eben bis auf den Zuzahlungsbetrag. Gemeinsam haben Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, dass die Versicherten Kosten für eine medizinisch indizierte Behandlung ganz oder teilweise tragen müssen.

Warum es Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen gibt, lässt sich nur verstehen, wenn man vor Augen hat, wie die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert.

1.1. Die gesetzliche Krankenversicherung – eine Solidargemeinschaft

Die Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft. Alle zahlen ein, alle erhalten Leistungen. Alle leisten gemeinsam Vorsorge für ein Risiko, das jeden treffen kann. Der Vorteil liegt auf der Hand: Privat vorsorgen kann nur, wer es sich leisten kann. Die Gesellschaft als Ganze kann sich Vorsorge für den Krankheitsfall aber immer leisten. Es muss nur ein Teil dessen, was erwirtschaftet wird, in das Gesundheitssystem investiert werden. Begrenzt ist die Solidargemeinschaft dadurch, dass Besserverdienende in die private Krankenversicherung wechseln können.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung werden aber die Beiträge und zugleich die individuellen Risiken umverteilt. Denn anders als bei privaten Versicherungen sind die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vom individuellen Risiko abhängig. Das ist Ausdruck von Solidarität und zugleich von Freiheit: Niemand muss sich für eine Erbkrankheit oder für seinen Lebensstil rechtfertigen. Neuerungen wie Boni für einen gesundheitsbewussten Lebensstil und die erhöhte Belastungsgrenze für chronisch Kranke, die Früherkennungsuntersuchungen versäumt haben, zeigen aber, dass dieses freiheitliche Prinzip aufgeweicht wird.

Schließlich ist die Finanzierung auch insoweit solidarisch, als dass bei abhängig Beschäftigten – im Prinzip – die Beiträge zur Hälfte vom Arbeitnehmer selbst, zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden („paritätische Finanzierung“). Der Arbeitgeberanteil zählt zu den so genannten Lohnnebenkosten. Dass Arbeitgeber an den Kosten des Gesundheitssystems beteiligt werden, liegt in ihrem eigenen Interesse, dient doch die Krankenbehandlung zugleich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Die paritätische Finanzierung wurde allerdings im Jahr 2009 aufgegeben. Seitdem zahlen Arbeitnehmer mehr als Arbeitgeber. Seit 2015 erhebt jede Krankenkasse ihren eigenen Zusatz-Arbeitnehmerbeitrag.

1.2. Die Zuzahlung – ein Bruch mit dem Solidarprinzip

Die Beitragsfinanzierung der Krankenkassen sorgt dafür, dass Versicherte nur abhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einzahlen, und zwar einen bestimmten Anteil ihres Einkommens. Im Grundsatz gilt für alle der gleiche Beitragssatz. Somit gibt es bei den Beiträgen, anders als bei der Einkommenssteuer, keine Progression. Im Gegenteil: Besserverdienende zahlen Beiträge nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze und damit sogar prozentual weniger. Zumindest absolut zahlen Geringverdiener aber weniger als gesetzlich versicherte Besserverdienende. Die starken Schultern tragen mehr als die schwachen.

Eigenbeteiligungen und die 1977 eingeführten Zuzahlungen passen zu diesem Modell nicht, denn sie sind gerade nicht einkommensabhängig. Zuzahlungen sind Kopfpauschalen für den Einzelfall. Reiche und arme Menschen zahlen denselben Betrag, wenn sie ein verschreibungspflichtiges Medikament erhalten und dazu eine Zuzahlung leisten müssen. In der privaten Versicherungswirtschaft sind solche festen Selbstbeteiligungen typisch. In der solidarischen Sozialversicherung ist die einkommensunabhängige Finanzierung durch Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen hingegen systemfremd. Das ist sie auch insofern, als dass das Risiko „Krankheit“, zu dessen Absicherung die Krankenkassen geschaffen wurden, nun teilweise von den Kranken selbst finanziert werden muss.

1.3. Das Ziel der Zuzahlungen: Entlastung der Arbeitgeber

Zuzahlungen sind nicht erforderlich, um Kostensteigerungen abzdämpfen. Steigende Kosten begleiten unser Gesundheitssystem von Anfang an. Es kann darauf aber flexibel reagieren: Weil die Beiträge gesetzlich festgelegt werden, kann die gesetzliche Krankenversicherung nur dann in einen finanziellen Engpass geraten, wenn Kostensteigerungen nicht an ihrem Ursprung – etwa bei den Preisen der Pharmaindustrie – gedämpft oder durch Beitragssteigerungen ausgeglichen werden. Als Gesellschaft können wir uns steigende Gesundheitskosten leisten: Wie die Kosten im Gesundheitssystem steigt auch die Wirtschaftsleistung an, sodass höhere Gesundheitskosten von den Arbeitgebern und den Versicherten prinzipiell über die Beiträge aufgebracht werden können. Zumindest im Grundsatz müsste wegen höherer Kosten im Gesundheitssystem niemand Einbußen im Lebensstandard in Kauf nehmen.

Die deutsche Gesundheitspolitik wählt aber seit Jahrzehnten einen anderen Weg. Sie verfolgt vorrangig das Ziel, Arbeitgeber zu entlasten. Damit die Lohnnebenkosten stabil bleiben, soll der Krankenkassenbeitrag möglichst nicht ansteigen. Dadurch gerät das Gesundheitssystem finanziell aus dem Gleichgewicht. Die steigenden Kosten müssen auf andere Weise bewältigt werden. Während aber die Ansätze, beispielsweise Preissteigerungen bei Medikamenten zu dämpfen, eher zaghaft geblieben sind, wurden in den vergangenen Jahrzehnten und verschärft seit der Gesundheitsreform des Jahres 2004 Personal- und Ressourceneinsparungen innerhalb des Gesundheitswesens durchgesetzt. Die Leistungen der Krankenversicherung wurden reduziert, besonders spürbar bei Zahnersatz und Brillenversorgung. Solche Leistungskürzungen durchbrechen das solidarische Prinzip, weil wohlhabende und ärmere Menschen gleichermaßen die Kosten selbst tragen müssen.

Auch Zuzahlungen durchbrechen die solidarische Finanzierung mit dem Ziel, Beitragssteigerungen zu vermeiden und damit Lohnnebenkosten zu senken. Zwar bedeuten, seitdem 2009 der Arbeitgeberanteil eingefroren wurde, Beitragssteigerungen nicht mehr automatisch höhere Lohnnebenkosten. Patienten könnten einen Teil der Kosten auch in Form höherer Zusatzbeiträge tragen. Aber stiege der Krankenversicherungsbeitrag, würde sich die Zusatzbelastung unmittelbar bei der Gehalts- oder Rentenauszahlung auf dem Konto bemerkbar machen und nicht erst häppchenweise bei jeder Rezepteinlösung. Zumindest für Patienten, die über ein ausreichendes Einkommen verfügen und nicht auf eine Dauermedikation angewiesen sind, ist es auf diese Weise weniger offensichtlich, in welcher Höhe finanzielle Lasten von den Arbeitgebern auf die Versicherten abgewälzt werden. Letztlich sind Zuzahlungen also ein Mittel, um diese Kostenabwälzung zu verschleiern.

1.4. Entsolidarisierung zulasten Kranker und Einkommensschwacher

Zugleich bedeuten Zuzahlungen, dass besserverdienende Versicherte über den geringeren Beitrag entlastet und Menschen mit geringem Einkommen zusätzlich belastet werden. Zuzahlungen reduzieren mithin die Umverteilung innerhalb der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten, einerseits zwischen den Einkommensgruppen und andererseits zwischen Kranken und Gesunden.

Daher noch einmal: Zuzahlungen sind keine Folge vermeintlich knapper Mittel. Die Mittel sind vorhanden, denn Zuzahlungen werden von den Versicherten tatsächlich bezahlt, nur eben direkt und nicht mittelbar über höhere einkommensabhängige Krankenkassenbeiträge. Die Kosten werden lediglich aus dem Gesundheitssystem und damit aus dem solidarischen Umverteilungsmechanismus heraus verlagert.

Der Gesetzgeber rechtfertigt die Zuzahlungen damit, dass Versicherte dazu angehalten werden sollen, Leistungen nur sparsam in Anspruch zu nehmen. Aber ob dieser Lenkungseffekt wirklich existiert, ist zweifelhaft, wie selbst Krankenkassenvertreter bestätigen. Denn zum einen können Versicherte in der Regel weder beeinflussen noch beurteilen, welche Leistungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind. Zum anderen haben Besserverdienende kaum Anlass, weniger Leistungen in Anspruch zu nehmen, als sie für sinnvoll halten. Einkommensschwache Versicherte werden zwar davon abgehalten, ihnen zustehende medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen. Bleiben ihre Beschwerden unbehandelt, besteht aber die Gefahr einer Verschlimmerung. Darauf haben die Sozialverbände bereits bei Einführung der Zuzahlungen hingewiesen. Der Kostenersparnis ist im Ergebnis nicht gedient, wenn eine zunächst unbehandelte Erkrankung Folgekosten nach sich zieht.

Ferner bürdet der Gesetzgeber den Versicherten mit Bonusheft, Quittungsheft und Präventionspass bürokratische Pflichten auf. Für psychisch instabile, vergessliche oder vielbeschäftigte Menschen sind solche Pflichten schwer zu erfüllen. Auch Sozialleistungsempfänger, die ohnehin mit immensem bürokratischem Aufwand zu kämpfen haben, können sie leicht versäumen. Die Regelungen sind unsolidarisch, weil sie nicht jedem Menschen unabhängig von Persönlichkeitsmerkmalen und Lebenslage Versorgung zu den gleichen Kosten zuteilwerden lassen.

Sozial etwas abgefedert werden Zuzahlungen durch die Belastungsgrenze (siehe 3.2.). Solidarisch ist die Belastungsgrenze aber nur insofern, als dass sie einkommensabhängig ist (2 Prozent). Absolut müssen Besserverdienende bis zu einem höheren Gesamtbetrag Zuzahlungen leisten. Doch ärmere Menschen sind stärker von Krankheit bedroht und können zwei Prozent ihres Einkommens weitaus schlechter entbehren als Versicherte mit höherem Einkommen. Außerdem bleiben Eigenbeteili-

gungen für die Belastungsgrenze unberücksichtigt. Es verbleibt daher trotz Belastungsgrenze nicht nur bei einer Entsolidarisierung von Gesunden und Kranken, sondern auch von Wohlhabenden und Einkommensschwachen.

2. Wann sind welche Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zu leisten?

Zuzahlungen sind insbesondere zu Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln zu leisten. Arzneimittel sind Medikamente, Heilmittel in der Regel von außen wirkende Behandlungen wie beispielsweise die Krankengymnastik. Hilfsmittel sind Gegenstände, beispielsweise Prothesen, Rollstühle und Hörgeräte. Seit 2004 beträgt die Zuzahlung für alle drei Leistungsarten im Grundsatz 10 Prozent des Abgabepreises, es gelten aber jeweils weitere besondere Regelungen.

2.1. Arzneimittel und Verbandsmittel

Auch für Arzneimittel beträgt die Zuzahlung also im Grundsatz 10 Prozent des Abgabepreises, jedoch pro Arzneimittel mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Ferner ist nicht mehr zu zahlen, als das Arzneimittel kostet. Dieselbe Regelung gilt auch für Verbandsmittel, soweit sie überhaupt von der Krankenkasse bezahlt werden.

2.1.1. Festbeträge

Darüber hinaus werden für bestimmte Arzneimittel so genannte Festbeträge beschlossen. Dazu werden sie in Gruppen vergleichbarer Medikamente zusammengefasst. Die Vergleichbarkeit bezieht sich aber nur auf das Therapieziel. Für jede Gruppe wird sodann ein Betrag festgelegt, den die Krankenkassen für solche Medikamente leisten. Der Festbetrag liegt im unteren Drittel der Preisspanne vergleichbarer Medikamente. Wer ein anderes Medikament verschrieben bekommt, das mehr kostet, muss den Aufpreis selbst zahlen. Das gilt auch dann, wenn sich die Wirkstoffe unterscheiden und wenn das teurere Medikament besser vertragen wird. Im Ergebnis steht eine für die individuellen körperlichen Verhältnisse optimierte Medikamentenbehandlung nur wohlhabenderen Patienten offen.

Wenn zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen Rabattvereinbarungen bestehen, können unter weiteren Voraussetzungen Arzneimittel dieser Unternehmen von der Zuzahlung freigestellt werden. Das gilt auch für Medizinprodukte. Harn- und Blutteststreifen sind stets zuzahlungsfrei.

2.1.2. Aut-idem-Regelung

Unabhängig von der Festbetragsregelung sollten Patienten die Aut-idem-Regelung beachten. Das „aut idem“ („oder das Gleiche“) auf dem Rezept bedeutet, dass die Apotheke eines der drei günstigsten wirkstoffgleichen Präparate abgeben muss, auch wenn ein anderes Medikament verordnet wurde. Um das zu verhindern, muss die Ärztin das vorgekreuzte „aut idem“ auf dem Rezept entfernen. Patienten, die bestimmte Begleitstoffe und Darreichungsformen nicht vertragen oder bei denen ein Medikament aufgrund eines bestimmten Begleitstoffs oder einer bestimmten Darreichungsart besser wirkt, sollten dieses Thema gegenüber dem Arzt offen ansprechen. Viele Ärzte sind bereit, ein bestimmtes Medikament ohne Ersetzungsmöglichkeit zu verordnen, wenn es besser vertragen wird. Wenn allerdings für die Wirkstoffgruppe

des Medikaments ein Festbetrag festgelegt wurde, müssen Patienten die Mehrkosten trotzdem selbst tragen.

Aufgrund der Aut-idem-Regelung müssen sich gerade ältere Patienten darauf einstellen, immer wieder neue Medikamente mit anderem Namen und anderer Verpackung zu erhalten. Das sorgt für unnötige Verwirrung, wenn täglich mehrere Medikamente einzunehmen sind. Auch für ältere Menschen kann es somit sinnvoll sein, im Gespräch mit dem Arzt auf die Verordnung eines bestimmten Präparats hinzuwirken. Dadurch lassen sich Fehler bei der Einnahme der Medikamente vermeiden. Für ärmere Senioren empfiehlt sich das allerdings nicht, weil auf sie erhebliche Mehrkosten zukommen können.

2.1.3. Vollständige Selbstzahlung

In der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen werden Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind; Ausnahmen sind solche Medikamente, die standardmäßig bei schweren Erkrankungen zum Einsatz kommen (etwa ASS als Blutverdünner). Nicht übernommen werden ferner verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika (außer bei Pilzinfektionen), Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit, Mittel gegen Erektionsstörungen, Raucherentwöhnungsmittel, Mittel zur Förderung der Gewichtsreduktion oder des Haarwuchses sowie weitere so genannte Lifestyle-Präparate. Jeweils müssen die Patienten die Kosten vollständig selbst tragen. Ältere Menschen, die unter vermeintlichen Bagatellerkrankungen stärker leiden als andere, trifft diese Regelung besonders, zumal wenn sie über eine nur geringe Rente verfügen.

2.2. Heilmittel

Für Heilmittel wie Krankengymnastik sind 10 Prozent der Kosten zu zahlen. Zusätzlich sind weitere 10 Euro pro Verordnung zu zahlen. Eine Kostendeckelung wie bei den Arzneimitteln gibt es nicht. Die Regelung gilt auch, wenn Behandlungen durch Ärzte oder ambulant in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Wenn die Behandlung im Rahmen eines Hausbesuchs erbracht wird, zählen die dafür anfallenden zusätzlichen Kosten zu denen des Heilmittels. Die Zuzahlung von 10 Prozent bezieht sich auf den Gesamtbetrag.

Als Verordnung gilt das Rezept, nicht das einzelne Heilmittel. Zu zahlen sind also neben den 10 Prozent der Kosten nur 10 Euro pro Rezept, sodass sich durch die Verordnung mehrerer Heilmittel auf einem Rezept die verordnungsbezogenen Zuzahlungen einsparen lassen. Auch für Heilmittel gilt, dass die Zuzahlung nicht die tatsächlichen Kosten überschreiten darf. Das betrifft insbesondere abgebrochene Behandlungen. Hier sollten die Krankenkassen die zu viel geleisteten Zuzahlungen erstatten. Höchststrichlerlich geklärt ist das aber noch nicht.

2.3. Hilfsmittel

Bei Hilfsmitteln wie Hörgeräten und Rollstühlen ist die Zuzahlung wie bei Medikamenten geregelt: Zu zahlen sind 10 Prozent des Abgabepreises, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro sowie höchstens die Kosten des Hilfsmittels.

2.3.1. Hilfsmittleinheiten und Wechelpaare

Was als zusammengehörige Hilfsmittleinheit gilt, auf die die Kostengrenzen Anwendung finden, wird recht unterschiedlich beurteilt. So gilt zum Beispiel ein Paar orthopädischer Schuhe auch dann als Einheit, wenn nur einer der Füße behandlungsbedürftig ist. Hörgeräte werden hingegen einzeln abgerechnet.

Zu beachten ist, dass bei Hilfsmitteln wie Kompressionsstrümpfen, die nach jedem Gebrauch zu waschen sind, aber auch bei Einlagen ein „Wechelpaar aus hygienischen Gründen“ verordnet werden kann. Ärzte handhaben dies unterschiedlich. Während manche Ärzte beispielsweise zwei Paar Einlagen für zwei Paar Schuhe für notwendig erachten, weil die Einlagen an die jeweiligen Schuhe angepasst werden und anderenfalls ein Schuhwechsel etwa bei Nässe nicht möglich wäre, handhaben andere diese Möglichkeit strikter. Wenngleich dies kein vorrangiger Gesichtspunkt bei der Arztwahl sein sollte, können Patienten das Thema Wechelpaar durchaus offen ansprechen. Die so genannte Mehrfachversorgung, etwa wenn ein zusätzliches Wechelpaar Kompressionsstrümpfe verordnet wird, gilt aber nicht als Einheit. Wer zwei Paar Kompressionsstrümpfe verschrieben erhält, muss die Zuzahlung also zweimal leisten, weil jedes Paar als eine Einheit behandelt wird.

2.3.2. Sonderfälle

Die Zuzahlung für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, ist leicht abweichend geregelt. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind beispielsweise Inkontinenzhilfen, Insulinspritzen und Apparaturen für die Sondenernährung. Hier sind 10 Prozent pro Packung zu zahlen und höchstens 10 Euro für den monatlichen Bedarf pro Indikation. Bei gemieteten Hilfsmitteln, deren Kosten die Krankenkasse übernimmt, sind insgesamt nur einmal bis zu 10 Euro zuzuzahlen.

Wenn ein Hilfsmittel zugleich auch einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzt, ist eine weitere Eigenbeteiligung zu zahlen. Diese gilt rechtlich nicht als Zuzahlung, sondern wird damit gerechtfertigt, dass das Hilfsmittel Kosten erspart, die ohnehin angefallen wären und die von der Krankenkasse nicht zu tragen gewesen wären. So ersetzen etwa die orthopädischen Schuhe ein Paar normale Konfektionsschuhe. Dies wird durch eine pauschale Eigenbeteiligung berücksichtigt.

Beispiel: Kosten eines Paares orthopädischer Schuhe

Herstellungskosten	mehr als 100 Euro pro Paar
Zuzahlung	10 Euro (= Maximalbetrag)
Eigenbeteiligung linker Schuh	38 Euro
Eigenbeteiligung rechter Schuh	38 Euro
Summe selbst zu tragender Kosten	<hr/> 86 Euro

2.3.3. Festbeträge, insbesondere für Hörgeräte

Auch für Hilfsmittel gibt es Festbeträge; es wird also nur eine Basisversorgung, das berüchtigte „Kassenmodell“, geleistet. Teils sind die Festbeträge (wie bei Hörgeräten) von der Schwere der Beeinträchtigung abhängig. Dennoch: Wer mit den zur Wahl stehenden „Kassenmodellen“ unzufrieden ist und ein Hilfsmittel wünscht, das mehr leisten kann oder das bequemer oder optisch ansprechender ist, muss die Mehrkosten selbst tragen. Wer berufstätig ist und in einem Beruf arbeitet, der überdurchschnittliche Anforderungen an den durch das Hilfsmittel ausgeglichenen Bereich stellt

(z. B. Anforderungen an das Hören bei einer Berufsmusikerin), hat im Einzelfall möglicherweise Anspruch darauf, dass die Rentenversicherung auf Antrag die Kosten für ein funktional höherwertiges Hilfsmittel übernimmt. Die Rentenversicherung tendiert hier aber eher zu einer strengen Handhabung.

Speziell bei Hörgeräten ist es in der Regel sinnvoll, den Antrag auf Versorgung bei der Krankenkasse zu stellen. Diese muss dann einen Anspruch nach Kranken- und Rentenversicherungsrecht prüfen.

Hörgeschädigte müssen sich bedingt durch die Festbeträge manchmal mit einem nicht optimalen Hörgerät zufrieden geben oder aber die Mehrkosten selbst tragen. Hier ist aber Vorsicht geboten. Ausdrücklich bestimmt das Gesetz, dass auch Folgekosten der Wahl eines nicht kassenfinanzierten Hilfsmittels von den Versicherten selbst zu tragen sind. Nicht zuletzt deshalb sollten Versicherte nicht zu vorschnell ein teureres Gerät wählen, das sie selbst mitfinanzieren müssen. Stattdessen sollten sie darauf achten, welche der durch den Festbetrag gedeckten Geräte sie vom Hörgeräteakustiker zur Probe erhalten. Oftmals stehen im Rahmen des Festbetrags mehrere, für den jeweils individuellen Bedarf unterschiedlich geeignete Geräte zur Verfügung. Wenn ein „Kassenmodell“ nicht überzeugt, heißt das also nicht immer, dass ein teureres Gerät nötig ist. Vielmehr sollten Hörgeschädigte erfragen, ob sie noch ein anderes von der Krankenkasse finanziertes Gerät testen können. So lässt es sich vermeiden, unnötig Geld auszugeben.

Auch die zweite Meinung eines anderen Hörakustik-Fachgeschäfts kann in Anspruch genommen werden. Kunden sollten auch gezielt danach fragen, ob ein Hörakustik-Fachgeschäft markengebunden ist, etwa weil es (von außen nicht erkennbar) einem Hörgeräte-Unternehmen gehört, oder ob es fair und unabhängig berät. Schließlich können Versicherte ein Hörtagebuch führen, während sie die Geräte testen, um im Einzelfall den Antrag auf ein höherwertiges Hörgerät begründen zu können.

Beim Probetragen von Hörgeräten sollte geprüft werden, ob die Privathaftpflichtversicherung die Kosten für Verlust oder Beschädigung trägt. Falls nötig, kann eine von Hörgeräteakustikern eigens angebotene Zusatzversicherung abgeschlossen werden.

2.4. Krankenhausbehandlung und Reha

Für die Krankenhausbehandlung ist eine Zuzahlung von 10 Euro pro Kalendertag zu leisten. Aufnahme- und Entlassungstag werden als je volle Tage gezählt. Die Zuzahlung ist begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr, also insgesamt 280 Euro.

Wie zu verfahren ist, wenn eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus andauert, ist noch nicht durch die Rechtsprechung geklärt. Die Krankenkassen haben sich aber darauf geeinigt, folgendermaßen vorzugehen: Dauert eine Behandlung länger als 28 Tage an, ist für diese Behandlung danach keine Zuzahlung mehr zu leisten, auch wenn die Behandlung über den Jahreswechsel andauert. Wenn die 28 Tage bereits im alten Jahr ausgeschöpft waren, dann bleibt die laufende Behandlung zuzahlungsfrei. Bei der nächsten Behandlung im neuen Jahr beginnt die Zählung bei null. Wenn die 28 Tage im alten Jahr noch nicht ausgeschöpft waren, werden die Zuzahlungstage „in das neue Jahr mitgenommen“. Nach 28 Tagen Gesamtdauer endet die Zuzahlungspflicht. Bei der Zählung für das neue Jahr werden die Tage, für die im neuen Jahr noch eine Zuzahlung geleistet wurde, berücksichtigt.

Zur Verdeutlichung ein

Rechenbeispiel für Krankenhausaufenthalte

1. 01.10.2015 bis 14.10.2015 14 Tage
2. 28.12.2015 bis 26.01.2016 04 Tage 2015
26 Tage 2016
3. 19.03.2016 bis 11.04.2016 24 Tage
4. 30.12.2016 bis 06.01.2017 02 Tage 2016
06 Tage 2017
5. 02.08.2017 bis 31.08.2017 29 Tage

Krankenhausbehandlung Nr. 1 ist zuzahlungspflichtig. Behandlung Nr. 2 ist im alten Jahr zuzahlungspflichtig. Es fehlen zu 28 Tagen noch 10 Tage, die ins neue Jahr mitgenommen werden. Zuzahlung für Behandlung Nr. 2 ist daher zu leisten bis zum 10.01.2016. Damit wurde im Jahr 2016 bereits für 10 Tage Zuzahlung geleistet. Es verbleiben 18 Zuzahlungstage für das Jahr 2016. Die Zuzahlung ist für Behandlung Nr. 3 also nur für die ersten 18 Tage zu leisten, also bis zum 05.04.2017. Die Behandlung Nr. 4 ist ganz zuzahlungsfrei. Das gilt auch für die Zeit vom 01. bis 06. Januar 2017. Bei der Behandlung Nr. 5 im August 2017 beginnt die Zählung für 2017 von Neuem. Es ist also für 28 der 29 Behandlungstage Zuzahlung zu leisten, das heißt bis zum 30.08.2017.

Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist für den Tag der Verlegung nur eine Zuzahlung zu leisten, die vom aufnehmenden Krankenhaus eingezogen wird. Entsprechendes gilt bei Verlegung vom Krankenhaus in eine Reha-Einrichtung.

Bei Reha-Leistungen gilt ebenfalls der Zuzahlungsbetrag von 10 Euro pro Kalendertag. Im Übrigen ist die Zuzahlungspflicht unterschiedlich geregelt. Es ist danach zu differenzieren, ob es sich um eine so genannte Anschlussrehabilitation handelt oder nicht und von welchem Träger die Rehabilitation erbracht wird.

Um eine Anschlussrehabilitation handelt es sich, wenn die Reha aus medizinischen Gründen innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Krankenhausbehandlung beginnen muss. Wird sie von der Krankenkasse erbracht, so ist für maximal 28 Tage Zuzahlung zu leisten. Wird sie von der Rentenversicherung erbracht, ist für maximal 14 Tage Zuzahlung zu leisten. Zuzahlungen für Leistungen des jeweils anderen Trägers werden auf die Zuzahlungszeiten angerechnet. Angerechnet werden auch die Zuzahlungszeiten für Krankenhausbehandlungen in demselben Kalenderjahr.

Bei allen anderen Reha-Maßnahmen der Krankenkasse gibt es keine maximale Zuzahlungsdauer. Die täglichen Zuzahlungen sind also für die gesamte Behandlungsdauer zu leisten. Die Krankenkassen haben aber aufgrund gesetzlicher Ermächtigung für bestimmte Reha-Maßnahmen eine Höchstgrenze von 28 Tagen (wie bei der Anschlussrehabilitation) festgelegt. Dies sind Rehabilitationsmaßnahmen zur Suchtentwöhnung (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) sowie jeweils in bestimmten Fällen Reha-Maßnahmen für chronisch kranke ältere Menschen, im Anschluss an häusliche Krankenpflege und im Anschluss an ambulante Operationen.

2.5. Fahrkosten

Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen können von den Krankenkassen nur noch unter engen Voraussetzungen übernommen werden. Umfasst sind etwa die Fahrten zu Dialyse und Chemotherapie. Auch für Schwerbehinderte mit Schwerbehindertenausweis (nur Merkzeichen aG, BI oder H) sowie Pflegebedürftige (Pflegestufen II und

III) werden Fahrkosten übernommen, wenn regelmäßig (ab einmal wöchentlich) ambulante Behandlungen über einen längeren Zeitraum erforderlich sind (so genannte Serienbehandlungen). Es wird außerdem nur die Art von Beförderung bezahlt, die für medizinisch notwendig gehalten wird. So werden älteren Menschen oder Schwerbehinderten je nach Fall durchaus Fahrten im ÖPNV abverlangt, Dialysepatienten können auf das Taxi verwiesen werden. Immerhin haben sich inzwischen Taxidienste etabliert, die sich auf solche Krankenfahrten spezialisiert haben.

In der Regel übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten zu stationären Behandlungen, jedoch nicht zu Reha-Maßnahmen. Rettungsfahrten zum Krankenhaus werden stets übernommen, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich sein sollte. Im Übrigen übernimmt die Krankenkasse nur ausnahmsweise die Kosten für Krankenwagenfahrten, nämlich wenn eine fachliche Betreuung oder bestimmte medizinische Geräte erforderlich sind. Dann ist es allerdings auch gleichgültig, ob es sich um eine Fahrt zu einer ambulanten oder stationären Behandlung handelt.

Wenn Fahrkosten übernommen werden, dann ist wie bei Arzneimitteln eine Zuzahlung von 10 Prozent des Preises zu leisten, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro und nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

2.6. Weitere Leistungen

2.6.1. Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege sind wie bei Heilmitteln 10 Prozent der täglichen Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung zu zahlen, jedoch zeitlich begrenzt auf die ersten 28 Tage der Krankenpflege pro Kalenderjahr. Anders als bei der Krankenhausbehandlung (s. o.) beginnt die Zuzahlungszeit beim Jahreswechsel neu. Einmalkosten werden dem ersten Tag zugerechnet. Die Pflege wegen Schwangerschaft und Entbindung ist zuzahlungsfrei.

2.6.2. Haushaltshilfe

Haushaltshilfe erhalten nur Versicherte mit Kindern bis zum Alter von 12 Jahren oder behinderten Kindern im Haushalt, wenn sie bestimmte Leistungen der Krankenversicherung erhalten und wenn im Krankheitsfall kein anderer Haushaltsangehöriger den Haushalt führen kann. Einige Krankenkassen zahlen aber auch ohne diese engeren Voraussetzungen bei schwerer Krankheit für eine bestimmte Zeit die Haushaltshilfe. Stets sind 10 Prozent der täglichen Kosten zuzuzahlen, jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro und nicht mehr als die tatsächliche Kassenleistung.

2.6.3. Soziotherapie

Bei der Soziotherapie für schwer psychisch kranke Versicherte ist die Zuzahlung im Grundsatz wie bei Arzneimitteln (s. o.) geregelt.

2.6.4. Empfängnisverhütung

Ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel finanziert die Krankenkasse nur für Versicherte bis zum 20. Lebensjahr. Danach sind diese vollständig selbst zu zahlen. Da empfängnisverhütenden Mittel wie fast alle anderen Leistungen erst ab dem 18.

Lebensjahr zuzahlungspflichtig sind, ist die Zuzahlung im Ergebnis nur zwischen dem 18. und 20. Lebensjahr zu leisten. Auch hier entspricht die Zuzahlung derjenigen für Arzneimittel. Auch die Festbeträge und die bei Überschreitung des Festbetrags zu zahlende Eigenbeteiligung sind entsprechend geregelt.

2.7. Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

Die zahnärztliche Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen bleibt, was den Versorgungsstandard und die solidarische Ausgestaltung angeht, hinter der übrigen medizinischen Versorgung zurück. Gegenüber dem Idealzustand – Übernahme der vollständigen Kosten für eine zahnmedizinisch sinnvolle Versorgung – besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung eine doppelte Einschränkung:

2.7.1. Beschränkung auf die Regelversorgung

Prinzipiell leisten die Krankenkassen verglichen mit dem Stand der Zahnmedizin nur eine Basisversorgung („Regelversorgung“), die das Gesetz ein wenig beschönigend als „ausreichend und zweckmäßig“ bezeichnet. Die Mehrkosten einer höherwertigen Versorgung müssen die Versicherten selbst tragen. Deutlich wird das etwa bei Füllungen. Hier umfasst die Kassenversorgung im Bereich der Backenzähne nur die eher provisorische Zementfüllung oder aber Amalgam, also jenes quecksilberhaltige Material, das sich viele wohlhabendere Patienten wegen seiner nicht unumstrittenen gesundheitlichen Unbedenklichkeit längst aus dem Mundraum entfernen lassen haben. Zahnersatz durch Implantate wird nur in Ausnahmefällen finanziert.

2.7.2. Festzuschüsse und Bonusheft

Auch die zahnmedizinische Basisversorgung aber wird in der Regel nicht vollständig bezahlt, sondern nur zu einem festgelegten Prozentsatz. Hier kommt das 1989 eingeführte Bonusheft ins Spiel: Grundsätzlich zahlen die Krankenkassen einen Festzuschuss von 50 Prozent zu den als medizinisch notwendig erachteten Leistungen. Der Zuschuss erhöht sich um 20 Prozent, wenn das Gebiss regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und wenn die kalenderjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung für die letzten 5 Jahre nachgewiesen wird. Wurde sie zehn Jahre lang in Anspruch genommen, erhöht sich der Zuschuss um weitere 10 Prozent. Der Nachweis kann durch das Bonusheft geführt werden. Bei den jährlichen Untersuchungen ist Vorsicht geboten, denn entscheidend ist nur das Kalenderjahr, nicht der zeitliche Abstand der Untersuchungen.

Beispiel

Variante 1: Kontrolluntersuchungen fanden statt im

Juni 2011

Januar 2012

September 2013

März 2014

Dezember 2015

} = einmal pro Kalenderjahr über 5 Jahre

Festzuschuss der Krankenkasse:

50 Prozent + 20 Prozent = 70 Prozent der Regelversorgung

Variante 2: Kontrolluntersuchungen fanden statt im
Juni 2011
September 2012
Dezember 2013
Januar 2015
Dezember 2015

Es fehlt die Untersuchung im Kalenderjahr 2014. Der Festzuschuss bleibt bei 50 Prozent der Regelversorgung.

Obwohl die Untersuchungen in der zweiten Variante des Beispiels regelmäßiger verteilt sind, beginnt die Zählung im Jahr 2015 wieder bei null, d.h. der Anspruch auf den Bonus kann erst im Jahr 2020 erworben werden.

Versicherte sollten sich daher in der zahnärztlichen Praxis ein Bonusheft aushändigen lassen und darauf achten, alle Untersuchungen eintragen zu lassen. Damit die kalenderjährliche Untersuchung nicht versäumt wird, bieten manche Zahnarztpraxen einen Erinnerungsservice an. Zudem übernimmt die Krankenkasse ohnehin eine halbjährliche Vorsorgeuntersuchung. Wer sicher gehen will, geht daher zweimal jährlich zum Zahnarzt und lässt einen der beiden Termine eintragen. Dann ist es unschädlich, wenn man einmal einen Termin vergisst.

2.7.3. Prophylaxe für Minderjährige

Für Minderjährige ist geregelt, dass sie kalenderhalbjährlich die speziell auf sie zugeschnittenen Untersuchungen („Individualprophylaxe“) in Anspruch nehmen müssen, um den Bonus zu erhalten. Auch diese Untersuchungen sind in das Bonusheft einzutragen. Eine professionelle Zahnreinigung wird weder für Minderjährige noch für Erwachsene von den Krankenkassen als Pflichtleistung übernommen. Manche Kassen zahlen aber Zuschüsse zur professionellen Zahnreinigung.

2.7.4. Höherer Zuschuss für Geringverdiener

In so genannten Härtefällen kann die zahnärztliche Versorgung auf 100 Prozent der Regelversorgungsleistung aufgestockt werden, wenn Versicherte nur über geringe Bruttoeinkünfte verfügen oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung, Sozialhilfe oder ähnliche Leistungen beziehen oder aber in einem Heim untergebracht sind, wobei die Heimkosten von einem Sozialhilfeträger getragen werden. Dabei ist es unerheblich, ob die für den Bonus erforderlichen Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen wurden oder nicht.

Für einkommensschwache Personen, die solche Leistungen nicht beziehen, ist die Härtefallregelung differenziert, insbesondere mit Blick auf die Zahl der im Haushalt lebenden Angehörigen und die zu berücksichtigenden Einnahmen des oder der Versicherten und der anderen Haushaltsmitglieder. Nicht alle Einkunftsarten sind zu berücksichtigen. Die Berechnungsgrundlage ändert sich zudem jährlich. Der AOK-Bundesverband hat für das Jahr 2015 auf Grundlage der gesetzlichen Regelung folgende Einkommenshöchstgrenzen errechnet:

Einkommenshöchstgrenzen für Vollübernahme der Zahnersatz-Regelversorgung 2015

für Alleinlebende	1.134,00 Euro
mit einem Angehörigen	1.559,25 Euro
mit zwei Angehörigen	1.842,75 Euro
mit drei Angehörigen	2.126,25 Euro

Versicherte, deren Einkommen diese Härtefallgrenze nur geringfügig übersteigt, erhalten zwar keine volle Kostenübernahme, können aber einen weiteren Zuschuss zu dem Festzuschuss erhalten. Dessen Höhe errechnet sich folgendermaßen: Vom tatsächlichen Bruttoeinkommen wird der Betrag der Härtefallgrenze abgezogen. Die Differenz wird mit drei multipliziert. Sodann wird das Ergebnis von der Höhe des jeweils zu zahlenden Festzuschusses abgezogen. Dieser verbleibende Rest ist auf die Höhe des Festbetrags aufzuschlagen, begrenzt durch die Höhe des Festbetrags selbst sowie die tatsächlichen Kosten.

Berechnungsformel für die gleitende Belastungsgrenze bei Zahnersatz

$$\begin{aligned} & \text{Zusätzlicher Zuschuss zum Festzuschuss} \\ = & \text{Festzuschuss} - (3 \times (\text{Bruttoeinkommen} - \text{Härtefallgrenze})) \end{aligned}$$

Die beiden Regelungen entlasten Versicherte mit geringem Einkommen insoweit, als dass sie sich zumindest die Regelversorgung leisten können. Das System der Festzuschüsse wird somit durch die Härtefallregelung abgemildert. Dennoch stellen die Eigenbeteiligungen weiterhin eine finanzielle Belastung für Versicherte mit etwas höherem, aber immer noch unterdurchschnittlichem Einkommen dar.

2.7.5. Kieferorthopädie

Kieferorthopädie finanziert die Krankenkasse nur für Minderjährige mit erheblichen Gebissfehlstellungen. Auch dann übernimmt sie aber zunächst nur 80 Prozent der Kosten. Die übrigen 20 Prozent müssen die Versicherten vorfinanzieren; ausgenommen hiervon sind die Kosten für chirurgische Maßnahmen und Röntgenaufnahmen. Für das zweite und jedes weitere Kind müssen die Eltern nur jeweils 10 Prozent der Kosten vorläufig tragen.

Zwar erhalten die Versicherten die Vorleistung nach Abschluss der Behandlung wieder zurück. Der Gesetzgeber will also einem vorzeitigen Behandlungsabbruch entgegen wirken, wie er gerade bei Jugendlichen vorkommt. Indes greift diese Regelung nicht nur in die Selbstbestimmung von Jugendlichen mittelbar erheblich ein und schürt innerfamiliäre Konflikte. Sie führt auch dazu, dass für einkommensschwache Familien eine kieferorthopädische Behandlung nicht finanzierbar ist. Selbst Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe erhalten im Regelfall keine Unterstützung, weil Eigenbeteiligungen – völlig realitätsfremd – als durch den Regelsatz abgedeckt gelten. Ausnahmsweise wird für höhere Eigenanteile zu einzelnen Maßnahmen als „unabweisbare Bedarfe“ ein Darlehen gewährt. Bei einem Betrag von 120 Euro ist das nach der Rechtsprechung aber noch nicht der Fall. Schließlich muss dieses Darlehen auch wieder zurückgezahlt werden, und zwar ab dem Monat nach der Auszahlung. Die Rückzahlung bringt eine finanzielle Belastung in Form einer dauerhaften Minderung des Regelsatzes um 10 Prozent mit sich. Die kieferorthopädische Behandlung stellt sich daher de facto als Leistung für finanziell Bessergestellte dar.

Davon abgesehen wird die Behandlung leichter Fehlstellungen generell nicht von der Krankenkasse unterstützt, obwohl auch diese langfristig, meist erst im fortgeschritte-

nen Erwachsenenalter, Schmerzen im Kiefer-, Kopf- und Nackenbereich nach sich ziehen können. Dass die von der Krankenkasse finanzierte Behandlung auch nicht die inzwischen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Kieferorthopädie ausschöpft, liegt auf der Hand. Etwaige Mehrkosten müssen die Versicherten also gegebenenfalls selbst tragen, sofern sie diese erheblichen Summen aufbringen können.

2.8. Künstliche Befruchtung

Bei einer medizinisch notwendigen künstlicher Befruchtung trägt die Krankenkasse 50 Prozent der Kosten, die für die im Behandlungsplan vorgesehenen Maßnahmen anfallen. Dazu müssen die Versicherten die einzelnen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme erfüllen und der Behandlungsplan muss genehmigt worden sein. Voraussetzung ist insbesondere, dass das Paar verheiratet ist und nur eigene Ei- und Samenzellen verwendet werden. Ferner müssen beide mindestens 25 Jahre alt sein. Das Höchstalter beträgt 40 bei Frauen und 50 bei Männern. Vor der künstlichen Befruchtung müssen sich die Ehepartner über die Behandlung von einem anderen als dem behandelnden Arzt informieren lassen. Künstliche Befruchtungen schlagen vielfach fehl. Finanziert werden aber maximal drei Versuche.

3. Welche Befreiungen und Zuzahlungsgrenzen gibt es?

Neben den bereits erwähnten zeitlichen Höchstgrenzen für bestimmte Zuzahlungsarten gibt es weitere Zuzahlungsgrenzen und Befreiungen, die übergreifend für fast alle Zuzahlungen gelten. Generell zuzahlungsbefreit sind zum einen Kinder und Jugendliche. Für alle anderen Versicherten gilt, dass sie maximal 2 Prozent ihrer Bruttoeinnahmen für Zuzahlungen ausgeben müssen („Belastungsgrenze“). Für schwerwiegend chronisch Kranke ermäßigt sich diese Zuzahlungsgrenze auf 1 Prozent.

3.1. Zuzahlungsbefreiung für Kinder und Jugendliche

Von den meisten Zuzahlungen befreit sind Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren. Nicht befreit sind sie nur von Zuzahlungen zu Fahrtkosten sowie von Eigenbeteiligungen, etwa für Arzneimittel, deren Kosten den Festbetrag übersteigen, und für Kieferorthopädie. Das bedeutet, dass auch Kinder und Jugendliche auf Festbetragsarzneimittel verwiesen sind, unabhängig davon, ob sie ein anderes Medikament besser vertragen. Allerdings übernimmt die Krankenkasse für Kinder bis zum Alter von 12 Jahren sowie bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen die Kosten aller apothekenpflichtigen Arzneimittel, selbst wenn sie nicht verschreibungspflichtig sind oder wenn sie für die oben erwähnten leichteren Erkrankungen (Erkältungskrankheiten, Verstopfung, Reiseübelkeit etc.) bestimmt sind.

Sehhilfen (in der Regel Brillengläser) werden für unter 18-jährige Versicherte stets vollständig von der Krankenkasse bezahlt, während sie bei Erwachsenen nur im Fall einer schweren Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen sowie zur Behandlung von Augenerkrankungen übernommen werden. Auch bei Kindern werden an sich nur Brillengläser aus Glas bezahlt. Der Arzt kann aber eine Schulsportbrille verordnen. Dann werden auch bruchsichere Kunststoffgläser übernommen. Die Eltern sollten dieses Thema daher ansprechen. Brillengestelle bezahlt die Krankenkasse nicht.

3.2. Die reguläre Belastungsgrenze von 2 Prozent der Bruttoeinnahmen

Die bereits erwähnte Belastungsgrenze funktioniert folgendermaßen: Pro Kalenderjahr müssen Versicherte nicht mehr an Zuzahlungen leisten als den Betrag, der die Belastungsgrenze bildet (dazu sogleich). Wenn die Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht wird, dann muss die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber erteilen, dass für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr zu erbringen sind. Diese Bescheinigung kann überall dort vorgelegt werden, wo Zuzahlungen zu leisten wären. Gegenüber der Krankenkasse können die Zuzahlungen in Form eines Quittungshefts (dazu 3.4.) nachgewiesen werden.

Berücksichtigt werden für die Belastungsgrenze aber nur echte Zuzahlungen. Nicht berücksichtigt werden Eigenbeteiligungen sowie selbst getragene Mehrkosten gegenüber Festbeträgen und Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente.

Regulär liegt die Belastungsgrenze bei 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Jahr. Berechnungsgrundlage ist das Kalenderjahr. Was zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zählt, ist im Einzelnen kompliziert. Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, Altersrenten, Kapitaleinkünfte und Mieteinnahmen zählen unter anderem dazu, aber auch Sozialleistungen zum Lebensunterhalt. Werbungskosten sind abzuziehen. Zweckgebundene Zuwendungen wie Pflegegeld, Kindergeld und Elterngeld gehören nicht zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Sie haben einen konkreten Bestimmungszweck und sollen nicht für Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkasse ausgegeben werden.

Die Belastungsgrenze wird pro Haushalt ermittelt. Einnahmen von Angehörigen, die in einem Haushalt zusammenleben, werden zusammengerechnet. Dabei werden für volljährige Angehörige pauschalierte prozentuale Freibeträge angesetzt, für Kinder werden hingegen die Freibeträge des Einkommensteuergesetzes zugrunde gelegt. Bei Ehegatten und Lebenspartnern bleibt der gemeinsame Haushalt auch dann bestehen, wenn einer von beiden in einem Pflegeheim lebt. Zusammenzurechnen sind nicht nur die Einnahmen, sondern auch die Zuzahlungen. Die Gesamteinnahmen werden dann den Gesamtzuzahlungen gegenübergestellt.

Eine Sonderregelung gilt für Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz, Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung sowie Personen, die auf Kosten eines Sozialhilfeträgers in einem Heim untergebracht sind. Für sie ist nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme anzusetzen. Für Bezieher von ALG II gilt nur der Regelbedarf für Alleinstehende als Einnahme für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Knapp unter 100 Euro (Stand 2015) an Zuzahlungen pro Jahr stellen für Menschen mit derart niedrigen Einnahmen aber durchaus eine Belastung dar. Eventuelle Kürzungen des Regelbedarfs aufgrund von Sanktionen bleiben zudem unberücksichtigt.

Die Bruttoeinnahmen eines Jahres sind häufig nicht genau vorhersehbar oder sind Schwankungen unterworfen. Sie können daher im Vorfeld nur geschätzt werden, bei stark schwankenden Einnahmen geschieht dies auch unter Berücksichtigung der Einnahmen des Vorjahres. Zu viel geleistete Zuzahlungen werden in jedem Fall nachträglich rückerstattet. Das ist besonders für Menschen mit schwankendem Einkommen wichtig, bei denen die Höhe der jährlichen Einnahmen in der Regel erst rückblickend feststeht und durchaus erheblich niedriger ausfallen kann als erwartet. Die Krankenkassen haben sich ferner darauf verständigt, dass nach einer einmal erteilten Befreiung nur bei wesentlicher Änderung der Verhältnisse die Belastungsgrenze für dasselbe Jahr neu geprüft wird. Solche Änderungen sind etwa die Aufnahme einer Beschäftigung, Heirat und Tod eines Haushaltsmitglieds.

Weil die Berechnung der Belastungsgrenze im Einzelnen kompliziert ist, insbesondere bei mehreren Haushaltsmitgliedern und Bezug verschiedener Arten von Einnahmen, bieten viele Krankenkassen im Mitglieder-Login-Bereich einen kostenlosen Bruttoeinnahmen- und Belastungsgrenzenrechner an. Damit lassen sich Fehler bei der Berechnung vermeiden. Wer sich den Umgang mit dem Online-Rechner nicht zutraut, kann auch Angehörige oder Bekannte um Hilfe bitten.

3.3. Die Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch kranke Versicherte

Für Versicherte, die an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leiden, gilt – in der Regel – die ermäßigte Belastungsgrenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Krankenkassen stellen jeweils im Einzelfall fest, ob ein Versicherter an einer solchen Erkrankung leidet.

Was genau eine schwerwiegende chronische Krankheit im Allgemeinen ist, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss, das oberste Selbstverwaltungsgremium des Gesundheitssystems. Die Definition ist daher immer wieder etwas verändert worden. Nach den aktuellen Richtlinien muss es sich zunächst um eine Krankheit handeln, wobei die Definition von „Krankheit“ der allgemeinen Definition im Sozialgesetzbuch V folgt. Der körperliche oder geistige Zustand muss regelwidrig und behandlungsbedürftig sein, was wie im übrigen Krankenversicherungsrecht das Folgeproblem nach sich zieht, wie die Regel zu bestimmen ist. Chronisch ist eine Erkrankung, die wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde. Diese Dauerbehandlung ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Schwerwiegend ist die chronische Erkrankung, wenn entweder

1. Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 oder 3 vorliegt oder
2. ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent vorliegt, wobei jeweils ein Zusammenhang zu der chronischen Erkrankung bestehen muss, oder
3. eine kontinuierliche Behandlung (ärztlich, psychotherapeutisch, durch Medikamente, Heil-/Hilfsmittel) erforderlich ist, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Krankheit oder eine Minderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Die Erforderlichkeit der kontinuierlichen Behandlung (Variante 3) ist ebenfalls durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Die Pflegestufe, der Grad der Behinderung und die Minderung der Erwerbsfähigkeit sind durch die jeweiligen Behörden-Bescheide nachzuweisen. In diesen Bescheiden muss die chronische Erkrankung ausdrücklich als Begründung für die jeweilige Einstufung erwähnt sein.

Nach Ablauf eines Kalenderjahres ist die Fortdauer der Behandlung der chronischen Erkrankung durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Gegebenenfalls kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung dies überprüfen. Die jährliche ärztliche Bescheinigung erhalten nur Patienten, die sich „therapiegerecht“ verhalten, was ebenfalls zu bescheinigen ist. Das heißt konkret: Die Bescheinigung wird Patienten verweigert, die ausdrücklich angeben, die vereinbarten Therapiemaßnahmen in der Vergangenheit nicht eingehalten zu haben und das auch in Zukunft nicht tun zu wollen, wobei die Angaben psychisch Kranker und geistig Behinderter besonders zu prüfen sind. Sie müssen dann Zuzahlungen bis zur regulären Belastungsgrenze von zwei Prozent leisten. Die Bescheinigung therapiegerechten Verhaltens benötigen diejenigen chronisch Kranken nicht, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 60 oder Pflegestufe 2 oder 3 festgestellt wurde.

Die reguläre Belastungsgrenze von 2 Prozent statt der ermäßigten Grenze von einem Prozent gilt auch für chronisch kranke Versicherte, die die gesetzlich vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch genommen haben. Sie werden dadurch also sanktioniert. Dem Grundsatz nach bedeutet diese Regelung, wie bereits erwähnt (unter 1.1.), einen Bruch mit dem freiheitlichen Prinzip der Krankenversicherung, wonach sich niemand für seinen Lebensstil rechtfertigen müssen sollte. Denn viele Menschen haben aufgrund ihrer persönlichen Lebensgeschichte psychische Hemmschwellen gegenüber dem Arztbesuch und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. Sie dürften durch eine Jahrzehnte später greifende finanzielle Sanktion kaum zu einem anderen Verhalten zu motivieren sein.

Durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist die Pflicht zu Vorsorgeuntersuchungen allerdings erheblich relativiert worden. Grund dafür ist die kontroverse wissenschaftliche Diskussion um den Nutzen solcher Vorsorgeuntersuchungen aus statistischer Sicht. Zur Zeit (Stand 2015) sind fast alle verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen abgeschafft worden und bei den verbleibenden Untersuchungen müssen Patienten lediglich nachweisen, dass sie sich über Vor- und Nachteile einer solchen Untersuchung haben beraten lassen. Der Nachweis des Gesprächs wird durch einen Präventionspass geführt. Solche verpflichtenden Beratungsgespräche sind zu führen zu den Themen Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs, wobei nur nach dem 01.04.1987 geborene weibliche und nach dem 01.04.1962 geborene männliche Versicherte die Beratungsgespräche nachzuweisen haben. Auf die jeweils anstehenden Vorsorgeuntersuchungen oder Beratungsgespräche muss die Krankenkasse die Versicherten zu Beginn des Kalenderjahres hinweisen.

Auch chronisch Kranke müssen gegenüber der Krankenkasse die bereits getätigten Zuzahlungen nachweisen. Insoweit gilt dasselbe wie für nicht chronisch kranke Versicherte.

3.4. Die Quittung, bitte!

Zuzahlungen werden in der Regel direkt bei den Leistungserbringern, also etwa den Apotheken und Krankengymnastikpraxen, geleistet. Nur wer sich weigert, die Zuzahlung zu leisten, muss damit rechnen, dass sie durch die Krankenkasse eingezogen wird. Krankenhäuser können die Zuzahlung selbst einziehen; teils geschieht das erst Monate nach der Behandlung. Gegen ungerechtfertigte Forderungen sollten sich Versicherte natürlich zur Wehr setzen.

Versicherte haben gegenüber den Leistungserbringer Anspruch auf Quittungen für alle von ihnen geleisteten Zuzahlungen. Die Quittung ist kostenlos. Wer ausnahmsweise nicht automatisch eine Quittung erhält, sollte diese von sich aus verlangen. Denn die Quittung wird später zum Nachweis benötigt, dass die Belastungsgrenze durch die Summe der Zuzahlungen überschritten wurde. Nur mit entsprechendem Nachweis wird die Befreiungsbescheinigung erteilt und werden zu viel geleistete Zuzahlungen nachträglich rückerstattet. Auch wer nicht damit rechnet, die Belastungsgrenze zu erreichen, sollte Zuzahlungsquittungen sicherheitshalber sammeln. Tritt im Laufe eines Jahres eine unvorhergesehene Erkrankung auf, die Zuzahlungen nach sich zieht, dann wird die Belastungsgrenze unter Umständen erst zusammen mit den Zuzahlungen der vorangegangenen Monate erreicht. Wer Quittungen nicht gesammelt hat, kann diese früheren Zuzahlungen nicht nachweisen und erhält auch nachträglich keine Rückerstattung von Zuzahlungen.

Beim Führen des Quittungshefts ist darauf zu achten, dass Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen streng unterschieden werden. Für die Belastungsgrenze sind nur die

echten Zuzahlungen relevant. Alles andere gehört nicht ins Quittungsheft und sollte, falls nötig, separat gesammelt werden. Im Zweifelsfall ist es aber besser, zu viel als zu wenig gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen. Denn diese wird die irrelevanten Zahlungen ohnehin von sich aus aussortieren. Wichtig ist auch, dass auf der Quittung der Name des oder der Versicherten steht; anderenfalls wird sie von der Krankenkasse nicht akzeptiert.

Wer von vornherein sicher weiß, dass er oder sie die Belastungsgrenze in einem Kalenderjahr erreichen wird, kann sich das Sammeln von Quittungen unter Umständen sparen. Wer es sich leisten kann, überweist den gesamten Betrag der Belastungsgrenze im Voraus an die Krankenkasse und erhält dann sofort die Bescheinigung über die Zuzahlungsbefreiung. Die Bruttoeinnahmen sind trotzdem nachzuweisen.

Eine Alternative zum Sammeln der Quittungen bieten ferner manche Apotheken zum Zweck der Kundenbindung an. Wer seine verschreibungspflichtigen Medikamente stets bei derselben Apotheke erwirbt, kann dort am Jahresende eine Sammelquittung erhalten, auf der streng nach den für die Belastungsgrenze relevanten und nicht relevanten Zahlungen unterschieden wird. Dadurch entsteht ein Anreiz, auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente bei derselben Apotheke zu kaufen, was aber nicht erforderlich ist. Die Sammelquittung der Stammapotheke ersetzt unter Umständen das Sammeln von Quittungen nur teilweise. Weitere Zuzahlungen, die andernorts geleistet wurden, müssen eigenständig durch Quittungen nachgewiesen werden.

4. Die Kosten für selbst bezahlte Medikamente und Hilfsmittel

Selbst zahlen müssen Versicherte Eigenbeteiligungen, Mehrkosten für Leistungen, die einen Festbetrag überschreiten sowie alles, was nicht (mehr) im Leistungskatalog der Krankenversicherung steht, so beispielsweise die bereits erwähnten Medikamente gegen Erkältungskrankheiten, Verstopfung und Reiseübelkeit. All diese Eigenbeteiligungen und Selbstzahlungen werden, wie bereits erwähnt, nicht auf die Belastungsgrenze angerechnet. Es gibt also für Versicherte keinen anderen Weg, als die Kosten selbst zu tragen, sofern nicht in eng begrenzten Ausnahmefällen bei Sozialleistungsbeziehern die Sozialleistungsträger die Kosten übernehmen.

Gerade weil immer mehr Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung in den Bereich der privaten Vorsorge und Behandlung verlagert worden sind, ist ein lukrativer Gesundheitsmarkt entstanden. Patienten müssen in diesem Bereich in zwei Richtungen darauf achten, dass sie nicht „über den Tisch gezogen“ werden. Einerseits werden teils minderwertige Produkte zu Billigpreisen angeboten. Andererseits werden aber auch unnötig teure Produkte verkauft, obwohl ein simples, günstiges Produkt den gleichen Nutzen hätte. Schließlich sind viele Produkte und Leistungen bestenfalls schlicht überflüssig, schlimmstenfalls schädlich.

Zu den selbstfinanzierten medizinischen Leistungen gehören auch die so genannten „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL), also zusätzliche ärztliche Untersuchungen und Behandlungen. Dazu gehören so unterschiedliche Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen, die Untersuchung auf Grünen Star (Glaukom), Blutuntersuchungen, ergänzende Hautkrebsvorsorge und Akupunktur. Manche dieser Leistungen sind für viele Patienten sinnvoll, andere sind es nicht, wieder andere sind nur im Einzelfall von Nutzen. Was zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen angeht, müssen Patienten letztlich auf ihre eigenen Kenntnisse und die Ratschläge der behandelnden Ärzte vertrauen. Bei echten Behandlungsleistungen gilt zwar: „Wer heilt, hat Recht“. Aber bei den wissenschaftlich nicht haltbaren unter den „alternativen“ Behandlungen-

methoden zahlt man letztlich nur für den Placebo-Effekt. Einen guten Überblick über den Nutzen verschiedener IGeL-Leistungen bietet das Portal „www.igel-monitor.de“. Bei den Arzneimitteln sind es die oft zu niedrig dosierten „Drogeriemedikamente“ und die vielfältigen, bei den allermeisten Menschen aber überflüssigen Nahrungsergänzungsmittel, die Patienten unnötige Kosten verursachen.

Auch in der Apotheke muss zwischen sinnvollen Alltagsmedikamenten und überflüssigen Lifestylepräparaten unterschieden werden. Außerdem sollten Patienten, wenn sie ein Medikament selbst zahlen müssen, auf den Preis achten. So bieten viele Apotheken von sich aus zunächst stets ein teures Markenmedikament an. Wenn aber die Krankenkasse bei verschreibungspflichtigen Medikamenten nur die Kosten für ein günstiges wirkungsgleiches Mittel zahlt, warum sollte man dann bei selbst bezahlten Medikamenten nicht freiwillig ein günstigeres Produkt wählen, wenn dieses gleich gut hilft? Solche günstigeren wirkstoffgleichen Medikamente (so genannte Generika) sind nicht immer vorrätig, sondern müssen von manchen Apotheken bestellt werden. Ratsam ist daher folgende Strategie: Wer es nicht eilig hat, sollte nach dem günstigsten Medikament mit demselben Wirkstoff wie das bekannte Markenprodukt fragen. Angeboten wird dann in der Regel das günstigste unter den vorrätigen Medikamenten, aber nicht unbedingt das günstigste, das es gibt. Wenn es nicht eilt, kann man also die Anschlussfrage stellen, ob es mit demselben Wirkstoff ein noch günstigeres Medikament als das vorrätige gibt, auch wenn dieses bestellt werden müsste. Wer das Medikament sofort benötigt, kann immer noch auf das günstigste vorrätige Arzneimittel zurückgreifen. Der Wirkstoff eines Medikaments steht übrigens immer auf der Packung, ebenso die Dosierung. Wenn man den Wirkstoff nicht kennt, zum Beispiel weil man die Packung nicht dabei hat, kann man auch einfach den Namen des Markenmedikaments nennen und nach wirkstoffgleichen Generika fragen.

Wer unter all diesen kostenpflichtigen Leistungen den Überblick behält, sich auf das Nötige beschränkt und den Preis im Blick hat, kann viel Geld sparen, das vielleicht für andere Leistungen wie hochwertigen Zahnersatz oder eine Brille benötigt wird.

5. An Ihrer Seite beim Thema Zuzahlung: der VdK

Beim Thema Zuzahlung ist es oftmals gerade die Belastungsgrenze, die Schwierigkeiten bereitet. Im Einzelfall können auch ungerechtfertigte oder falsch berechnete Zuzahlungsforderungen der Krankenkassen auf Versicherte zukommen. In all diesen Fällen werden VdK-Mitglieder in den VdK-Kreisgeschäftsstellen zuverlässig und kompetent beraten.