

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



**Oktober 2021**

**Zuzahlungen in der gesetzlichen  
Krankenversicherung**

## **Impressum**

Inhalte: Claudia Landgraf

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

E-Mail: [kontakt@rlp.vdk.de](mailto:kontakt@rlp.vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, September 2021

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

---

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V. – Zuzahlungen in der gesetzlichen 2  
Krankenversicherung

# Inhalt

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Zuzahlung zu Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung .....</b>	<b>5</b>
2.1 Allgemeine Zuzahlungshöhe .....	5
2.2 Arzneimittel und Verbandmittel .....	5
2.3 Stationäre Krankenhausbehandlung .....	6
2.4 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen .....	6
2.5 Fahrkosten .....	8
2.6 Häusliche Krankenpflege.....	9
2.7 Haushaltshilfe .....	9
2.8 Heilmittel.....	9
2.9 Hilfsmittel .....	10
2.10 Soziotherapie .....	10
2.11 Außerklinische Intensivpflege.....	11
<b>3. Keine Zuzahlungspflicht.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Übersicht.....</b>	<b>12</b>
<b>5. Befreiung von der Zuzahlung .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Nachweis der Befreiung .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Mehrkosten, Eigenanteile .....</b>	<b>15</b>

## 1. Einleitung

Die gesetzlichen Krankenkassen halten eine Vielzahl von Leistungen für ihre Versicherten bereit. So werden die Kosten bei einem Arztbesuch, für ärztlich verordnete Medikamente oder Heilmittel durch die Krankenkasse getragen. Aber auch Leistungen wie beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen oder häusliche Krankenpflege gehören dazu. Doch an vielen Leistungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen, müssen Versicherte sich mit einem finanziellen Anteil beteiligen.

So muss beispielsweise bei einem stationären Krankenhausaufenthalt grundsätzlich eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Kalendertag geleistet werden. Auch kann bei einigen Leistungen neben der Zuzahlung noch eine zusätzliche Verordnungsgebühr pro Rezept anfallen.

Zuzahlungen müssen jedoch nicht unbegrenzt geleistet werden. Die jährliche Beteiligung besteht bis zu einer individuellen Höchstgrenze, der sogenannten Belastungsgrenze. Ist diese Grenze erreicht, kann eine Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlungspflicht erfolgen. Auf das Erreichen dieser Grenze müssen Versicherte jedoch selbst achten, eine Benachrichtigung durch die Krankenkassen erfolgt nicht.

Neben den Zuzahlungen gibt es es in der gesetzlichen Krankenversicherung noch sogenannte Eigenanteile. Von Eigenanteilen spricht man in der Regel dann, wenn die Krankenkasse von vornherein nur einen bestimmten Anteil der Leistung übernimmt. Als bekanntestes Beispiel kann man hierfür die Versorgung mit Zahnersatz nennen. Die Krankenkasse zahlt bei der Versorgung mit Zahnersatz befundbezogene feste Zuschüsse. Die Kosten, die über diese Zuschüsse hinausreichen, müssen Versicherte selbst - als Eigenanteil- tragen.

Die folgenden Seiten geben einen Überblick über die Zuzahlungsregelungen einzelner Leistungen. Auf die Anspruchsvoraussetzungen der Leistungen und ob z.B. eine ärztliche Verordnung oder Genehmigung der Krankenkasse vorliegen muss wird nicht eingegangen. Das Thema des Monats ist auf den Personenkreis abgestimmt, welche das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind in der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen von der Zuzahlungspflicht befreit. Es besteht einzig eine Ausnahme bei Fahrkosten, hier müssen auch unter 18-jährige Zuzahlungen leisten.

## **2. Zuzahlung zu Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

### **2.1 Allgemeine Zuzahlungshöhe**

Die Zuzahlung beträgt grundsätzlich 10 Prozent des Abgabepreises - mindestens jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro. Die Zuzahlung darf aber nicht die Höhe der tatsächlichen Kosten der erbrachten Leistung übersteigen.

Beispiel: Kostet ein Medikament 60 Euro, müssen 6 Euro Zuzahlung geleistet werden. Das sind 10 Prozent des Abgabepreises.

Beträgt der Medikamentenpreis 20 Euro, belaufen sich 10 Prozent des Medikamentenpreises auf 2 Euro. Da dieser Betrag unter der Mindestzuzahlung von 5 Euro liegt, müssen also 5 Euro als Zuzahlung geleistet werden.

Liegen die Kosten beispielsweise für ein Medikament unter der Mindestzuzahlung von 5 Euro, müssen auch nur die tatsächlichen Kosten des Medikaments bezahlt werden.

Beispiel: Kostet das Medikament 4,50 Euro, müssen nur die tatsächlichen Kosten des Medikaments, hier also 4,50 Euro bezahlt werden.

Bei stationären Maßnahmen, außerklinischer Intensivpflege (außerhalb des eigenen Haushaltes, z.B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen), beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag.

Auf Heilmittel, Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder außerklinischen Intensivpflege (im eigenen Haushalt oder an sonst geeigneten Orten z.B. in betreuten Wohnformen), ist eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten sowie 10 € je Verordnung zu leisten.

Weitere Informationen siehe:

Paragraf (§) 61 Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V).

### **2.2 Arzneimittel und Verbandmittel**

Für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel gilt grundsätzlich die unter Punkt 2.1 genannte Zuzahlungsregelung. Ergänzend gibt es jedoch Regelungen, bei denen es zu Abweichungen von dieser allgemeinen Zuzahlungsregelung kommen kann.

So sind für eine Vielzahl von Arzneimittel sogenannte Festbeträge festgelegt. Das bedeutet, dass die Krankenkassen für diese Arzneimittel nur einen festgelegten Betrag zahlen und nicht den Preis des Arzneimittelherstellers. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt fest, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können.

Ist der Abgabepreis des Arzneimittels höher als der Festbetrag, müssen Versicherte, neben der Zuzahlung diesen Differenzbetrag selbst tragen. Diese zusätzlichen Kosten müssen auch für Kinder und Jugendliche gezahlt werden ebenso, wenn eine Befreiung von den Zuzahlungen besteht. Ärztinnen und Ärzte müssen bei der Verschreibung eines solchen Arzneimittels auf die Mehrkosten hinweisen. Der Versicherte kann sich dann über Verordnungsalternativen informieren lassen.

Arzneimittel können aber auch von Zuzahlungen befreit werden. Dies ist möglich, wenn der Abgabepreis des Arzneimittels des Pharmaunternehmens mindestens 30 Prozent günstiger als der gültige Festbetrag ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) kann diese Medikamente von der Zuzahlungspflicht befreien.

Auch können die einzelnen Krankenkassen Arzneimittel-Rabattverträge mit den Arzneimittelherstellern abschließen. Ob die Krankenkasse in einem solchen Fall die Zuzahlung ganz oder teilweise erlässt, liegt im Ermessen der Krankenkasse.

Weitere Informationen siehe: § 31 SGB V, § 35 SGB V, §130a Abs.8 SGB V.

### **2.3 Stationäre Krankenhausbehandlung**

Die Zuzahlung beträgt 10 Euro pro Kalendertag bei vollstationärer Krankenhausbehandlung. Dies gilt sowohl für den Aufnahmetag als auch für den Entlassungstag. Die Zuzahlung ist auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Die bereits im selben Kalenderjahr geleisteten Zuzahlungen für ggf. vorangegangene stationäre Krankenhausaufenthalte werden auf die Zuzahlungsdauer von 28 Kalendertagen angerechnet. Ebenso werden geleistete Zuzahlungen einer Anschlussrehabilitation angerechnet.

Die Zuzahlungspflicht entfällt bei ambulanter, teilstationärer, vor- oder nachstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung.

Weitere Informationen siehe: § 39 SGB V.

### **2.4 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen**

#### **2.4.1 Anschlussrehabilitationen**

Eine Anschlussrehabilitation ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung stattfindet. Eine Anschlussrehabilitation muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhauserlassung beginnen.

Die Zuzahlung beträgt 10 Euro pro Tag, die Dauer ist auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

Im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für eine oder mehrere Krankenhausbehandlungen oder Anschlussrehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung werden angerechnet.

Weitere Informationen siehe: § 40 SGB V.

#### 2.4.2 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitationsleistungen haben das Ziel, eine bereits bestehende Erkrankung zu verbessern oder zu beseitigen.

Die Zuzahlung beträgt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen 10 Euro je Kalendertag. Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen 10 Euro je Behandlungstag.

- Eine Ausnahme gibt es bei bestimmten Indikationen. Hier ist die Dauer der Zuzahlung auf 28 Kalendertage begrenzt. Zu diesen Indikationen zählen unter anderem:
  - Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
  - Rehabilitationsmaßnahmen bei bestimmten psychischen Erkrankungen

Die Begrenzung der Zuzahlung auf 28 Kalendertage besteht auch für Rehabilitationsmaßnahmen, die aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen bzw. 42 Behandlungstage dauern.<sup>1</sup>

Weitere Informationen siehe: § 40 SGB V.

#### 2.4.3 Medizinische Vorsorgeleistung

Vorsorgeleistungen sollen Krankheiten verhüten und die Gesundheit verbessern, also einer Erkrankung vorbeugen. Reichen die ärztliche Behandlung und die verordneten Maßnahmen am Wohnort nicht aus, oder können wegen beruflicher oder familiärer Umstände nicht in Anspruch genommen werden, können ambulante oder stationäre Vorsorgemaßnahmen angezeigt sein.

Bei stationären Vorsorgekuren beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag.

Die ambulante Vorsorgekur muss in einem anerkannten Kurort stattfinden.

---

<sup>1</sup>Eine Auflistung der betreffenden Indikationen befindet sich auf der Internetseite des GKV-Spitzenverband unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Rehabilitation > Richtlinien und Vereinbarungen > Verminderte Zuzahlung

[https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien\\_und\\_vereinbarungen/richtlinien\\_und\\_vereinbarungen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/richtlinien_und_vereinbarungen.jsp)

Die Kosten der kurärztlichen Behandlung sowie der verordneten Kurmittel werden von der Krankenkasse übernommen. Die Zuzahlungsregelungen für diese verordneten Leistungen gelten entsprechend der Regelungen unter den einzeln dargestellten Stichpunkten in diesem Thema des Monats. Für die übrigen Kosten wie Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, An- und Abreise muss der Versicherte selbst aufkommen. Die Krankenkasse beteiligen sich mit einem Zuschuss. Die Höhe des Zuschusses kann man der Satzung der jeweiligen Krankenkasse entnehmen.

§ Weitere Informationen siehe: 23 SGB V.

#### 2.4.4 Medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Diese Leistungen werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt. Sie können auch als Mutter-Kind-Maßnahme oder Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Die Zuzahlung beträgt 10 Euro je Kalendertag.

Weitere Informationen siehe: § 24 SGB V, § 41 SGB V.

### **2.5 Fahrkosten**

Fahrkosten werden von den Krankenkassen übernommen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Als ein bekanntes Beispiel kann hier die Rettungsfahrt ins Krankenhaus genannt werden. Aber auch andere Fahrten so z.B. zur ambulanten Behandlung können unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.

Werden Fahrkosten übernommen, beträgt die Zuzahlung für jede Fahrt 10 Prozent des Fahrpreises, mindestens aber 5 Euro, maximal 10 Euro. Sind die Fahrkosten niedriger als 5 Euro, muss der volle Fahrpreis gezahlt werden.

Hinweis: Eine Zuzahlungspflicht besteht auch für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Weitere Informationen siehe: § 60 SGB V.



## **2.6 Häusliche Krankenpflege**

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege können Behandlungspflege, Grundpflege oder die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen. Häusliche Krankenpflege kann angezeigt sein, wenn

- Eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist
- Eine Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird
- bei schwerer Krankheit oder Verschlimmerung einer Krankheit – insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, ambulanten Operationen oder ambulanter Krankenhausbehandlung
- Diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist

Bei häuslicher Krankenpflege ist eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten zu leisten. Hinzu kommen noch 10 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung ist auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme je Kalenderjahr beschränkt.

Weitere Informationen siehe: § 37 SGB V.

## **2.7 Haushaltshilfe**

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe kann entstehen, wenn die Weiterführung des Haushaltes, z.B. aufgrund einer Krankenhausbehandlung oder schweren Krankheit der haushaltsführenden Person, nicht möglich ist. Eine der Hauptvoraussetzungen ist, dass keine andere im Haushalt lebende Person die anfallenden Arbeiten wie Kinderbetreuung, kochen oder putzen übernehmen kann.

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe entsteht eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der kalendertäglich anfallenden Kosten. Mindestens müssen jedoch 5 Euro, höchstens 10 Euro pro Tag, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten der Haushaltshilfe, an Zuzahlung geleistet werden.

Weitere Informationen siehe: § 38 SGB V.

## **2.8 Heilmittel**

Heilmittel sind in der Regel Therapien oder Anwendungen, die durch einen Therapeuten oder eine Therapeutin erbracht werden. Hierzu zählen beispielsweise Physiotherapie, Ergotherapie oder auch Ernährungstherapie.

Für Heilmittel beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung.

Weitere Informationen siehe: § 32 SGB V.

## **2.9 Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind überwiegend Gegenstände oder Produkte, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dies können zum Beispiel Rollstühle, Hörhilfen oder auch ein Toilettenstuhl sein.

Die Zuzahlung beträgt für jedes Hilfsmittel grundsätzlich 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens fünf und höchstens zehn Euro. Sofern dies der Fall ist, darf die Zuzahlung auch hier nicht die Höhe der tatsächlichen Kosten der erbrachten Leistung übersteigen.

### Sonderregelungen

Eine Sonderregelung gilt für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel. Hier beträgt die Zuzahlung 10 Prozent pro Packung, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation – jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Zu den Verbrauchshilfsmitteln zählen beispielsweise Inkontinenzartikel oder Insulinspritzen.

Bei Hilfsmitteln, die einen normalen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzen, muss neben der gesetzlichen Zuzahlung noch ein Eigenanteil gezahlt werden. Dies ist zum Beispiel bei orthopädischen Schuhen der Fall. Solche Hilfsmittel werden auch von Personen ohne Beeinträchtigungen benötigt.

Auch bei einer Vielzahl von Hilfsmitteln gibt es Festbeträge. Das heißt: die Krankenkassen übernehmen die Kosten nur bis zu dieser festgelegten Grenze. Wird ein Hilfsmittel gewählt, welches über dem Festbetrag liegt, müssen -neben der gesetzlichen Zuzahlung - die Mehrkosten selbst getragen werden.

Weitere Informationen siehe: § 33 SGB V, § 36 SGB V.

## **2.10 Soziotherapie**

Eine Soziotherapie soll Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung unterstützen, selbständig ärztliche Leistungen oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die Zuzahlung beträgt 10 Prozent der Kosten je Kalendertrag der Inanspruchnahme, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Auch hier gilt jedoch nicht mehr als die Kosten der Soziotherapie selbst.

Weitere Informationen siehe: § 37a SGB V.

## 2.11 Außerklinische Intensivpflege

Die außerklinische Intensivpflege ist eine ambulante Versorgung von Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege außerhalb eines Krankenhauses.

Die Höhe der Zuzahlung richtet sich danach, an welchem Ort die Intensivpflege erbracht wird. Zu unterscheiden ist hierbei nach:

- Erbringung im eigenen Haushalt  
Hierunter zählen neben der Leistungserbringung im eigenen Haushalt oder im Haushalt der Familie auch sonstige geeignete Orte, insbesondere z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen oder betreuten Wohnformen (§ 37c Abs. 2 S.1 Nr. 4 SGB V).

Die Zuzahlung beträgt in diesen Fällen 10 Prozent der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung ist auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt.

- Erbringung außerhalb des eigenen Haushalts  
Hierunter fallen die in § 37c Abs. 2 S. 1 Nr. 1-3 SGB V genannten Orte. Dies kann z.B. eine vollstationäre Pflegeeinrichtung sein.

Die Zuzahlung beträgt hier 10 Euro je Kalendertag. Die Zuzahlung ist auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt.

Weitere Informationen siehe: § 37c SGB V.

## 3. Keine Zuzahlungspflicht

Es gibt auch Leistungen, bei denen keine Zuzahlungen anfallen. So sind Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen, die zu Lasten der Krankenkasse gehen von den Zuzahlungen befreit. Ebenso fällt keine Zuzahlung für Harn- und Blutteststreifen sowie für empfohlene Schutzimpfungen an.

### 3.1 Leistungen bei Schwangerschaft

Eine Ausnahme bei der Zuzahlungspflicht gibt es für Schwangere. Sie müssen keine Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, zur häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe leisten, wenn diese Leistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung erbracht werden. Ebenfalls entfällt auch die Zuzahlungspflicht für die stationäre Entbindung.

## 4. Übersicht

<u>Leistung</u>	<u>Zuzahlung</u>	<u>ergänzende Information</u>
<u>Arznei- Verbandmittel</u>	<u>10 % der Kosten</u>  <u>mindestens 5 €, höchstens 10 € - jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</u>	- <u>Arzneimittel mind. 30% unter Festbetrag</u> - <u>Festbeträge</u> - <u>Rabattverträge</u>
<u>Anschluss- rehabilitation</u>	<u>10 € je Kalendertag</u>	<u>Begrenzung auf 28 Tage je Kalenderjahr</u>  <u>Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhaus- und Anschlussrehabilitationen der Rentenversicherung werden angerechnet</u>
<u>außerklinische Intensivpflege</u>	<u>Erbringung im eigenen Haushalt:</u> <u>10 % der Kosten zzgl. 10 € je Verordnung</u>  <u>Erbringung außerhalb des eigenen Haushalts:</u> <u>10 € je Kalendertag</u>	<u>Begrenzung auf die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr</u>
<u>Fahrkosten</u>	<u>10 % der Kosten je Fahrt</u>  <u>mindestens 5 €, höchstens 10 € - jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</u>	<u>Zuzahlungspflicht besteht auch für Kinder und Jugendliche</u>
<u>Haushaltshilfe</u>	<u>10 % der kalendertäglich anfallenden Kosten der Inanspruchnahme</u>  <u>mindestens 5 €, höchstens 10 € - jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</u>	-

<b><u>häusliche Krankenpflege</u></b>	<u>10 % der Kosten</u> <u>zzgl. 10 € je Verordnung</u>	<u>Begrenzung auf die ersten 28 Kalendertage je Kalenderjahr</u>
<b><u>Heilmittel</u></b>	<u>10 % der Kosten</u> <u>zzgl. 10 € je Verordnung</u>	-
<b><u>Hilfsmittel</u></b>	<u>10 % des Abgabepreises</u> <u>mindestens 5 €, höchstens 10 € - jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</u>	- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel → 10 % je Packung, höchstens 10 € für Monatsbedarf (je Indikation) -Festbeträge
<b><u>Krankenhausbehandlung</u></b>	<u>10 € je Kalendertag</u>	<u>Begrenzung auf 28 Tage je Kalenderjahr</u>  <u>Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für Krankenhaus- und Anschlussrehabilitationen werden angerechnet</u>
<b><u>medizinische Rehabilitation stationär/ambulant</u></b>	<u>10 € je Kalendertag bzw. Behandlungstag</u>	<u>Sonderregelung bei bestimmten Indikationen</u> <u>→ Begrenzung auf 28 Kalendertage</u>
<b><u>medizinische Vorsorgeleistungen ambulant/stationär</u></b>	<u>ambulant - in anerkannten Kurorten:</u> <u>10 % der Kosten der verordneten Heilmittel</u> <u>zzgl. 10 Euro je Verordnung</u>  <u>stationär: 10 € je Kalendertag</u>	<u>Bei der ambulanten Vorsorgemaßnahme gilt ergänzend: werden weitere Leistungen verordnet, müssen entsprechend der gesetzlichen Regelungen Zuzahlungen geleistet werden</u>

<u>medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter</u>	<u>10 € je Kalendertag</u>	-
<u>Soziotherapie</u>	<u>10 % der kalendertäglich anfallenden Kosten der Inanspruchnahme</u>  <u>mindestens 5 €, höchstens 10 € - jedoch nicht mehr als tatsächliche Kosten</u>	-

## **5. Befreiung von der Zuzahlung – kurz und knapp erklärt**

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen bis zu einer individuellen Grenze gezahlt werden, der sogenannten Belastungsgrenze. Bei Erreichen dieser Grenze kann eine Befreiung von den darüberhinausgehenden Zuzahlungen für das laufende Kalenderjahr erfolgen. Die Zuzahlungsbefreiung muss bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden – eine Benachrichtigung durch die Krankenkasse erfolgt nicht. Daher ist es wichtig alle Quittungen und Belege der geleisteten Zuzahlungen - auch die Zuzahlungen eventueller Familienangehöriger - zu sammeln und aufzubewahren.

Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke Personen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Belastungsgrenze wird pro Haushalt ermittelt. Leben berücksichtigungsfähige Familienangehörige mit im gemeinsamen Haushalt, sind unter den Bruttoeinnahmen die Familienbruttoeinnahmen zu verstehen. Ebenso werden die Zuzahlungen des gesamten Familienhaushaltes berücksichtigt. Zu den Familienangehörigen zählen in der Regel Ehegatten, Lebenspartner und Kinder (abhängig vom Alter/Versicherungsstatus).

Ein gemeinsamer Haushalt liegt auch dann vor, wenn einer der Ehegatten oder Lebenspartner dauerhaft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebt.

Es werden alle Bruttoeinnahmen berücksichtigt, die zur Bestreitung des Lebensunterhaltes dienen, also beispielsweise Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, Altersrenten, Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld) aber auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung oder Einkünfte aus Kapitalvermögen. Es gibt aber auch Einnahmen, die nicht berücksichtigt werden, dies sind unter anderem Kindergeld oder auch Leistungen der Pflegeversicherung.

Von den Familien-Bruttoeinnahmen werden jedoch für zu berücksichtigende Angehörige Freibeträge in Abzug gebracht.

Hinweis: Abweichende Regelungen bestehen bei der Krankenversicherung der Landwirte.

Eine Besonderheit besteht bei Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld II, Grundsicherung im Alter oder Grundsicherung bei Erwerbsminderung erhalten.

Hier liegt die Höhe der zu leistenden Zuzahlung im Jahr 2021 bei:

2-Prozent-Regelung in Höhe von 107,04€

1 Prozent-Regelung in Höhe von 53,52 €

Weitere Informationen siehe: § 62 SGB V.

## **6. Nachweis der Befreiung**

Wie bereits erwähnt kann auf Antrag eine Befreiung von den Zuzahlungen für das laufende Kalenderjahr bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt werden, sobald die Belastungsgrenze erreicht wird. Ist eine Befreiung von den Zuzahlungen gegeben, stellt die Krankenkasse einen Befreiungsausweis/Befreiungsbescheinigung aus. Diese Bescheinigung kann überall vorgelegt werden, wo Zuzahlungen zu leisten sind. Die Befreiung gilt nur für das laufende Kalenderjahr und muss daher jedes Jahr neu beantragt werden.

## **7. Mehrkosten, Eigenanteile**

Nicht alle finanziellen Beteiligungen, die durch die Versicherten geleistet werden, werden bei der Berechnung der Belastungsgrenze einbezogen. Nur die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geregelten gesetzlichen Zuzahlungen können angerechnet werden. Nicht eingerechnet werden zum Beispiel:

- Eigenanteile z.B. zum Zahnersatz oder künstlicher Befruchtung
- Eigenanteile für Hilfsmittel, die zu den Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens zählen
- Leistungen, die nicht zu Lasten der Krankenversicherung gehen
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Kosten für Arzneimittel oder Hilfsmittel über dem Festbetrag
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
- Kosten für Leistungen ohne ärztliche Verordnung
- Aufzahlungen, wenn eine bessere Versorgung als die Kassenleistung gewünscht wurde

