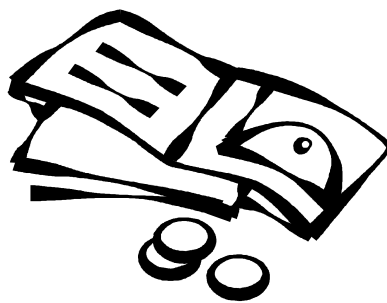


Thema des Monats November 2008

Zuzahlungen und Belastungsgrenze
in der
gesetzlichen Krankenversicherung



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Doreen Borges, Karin Dietze

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, Oktober 2008

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.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.....	5
2.1 Praxisgebühr bei zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung.....	5
2.2 Stationäre Krankenhausbehandlung	5
2.3 Medizinische Anschlussrehabilitation.....	6
2.4 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	6
2.5 Arznei- und Verbandmitteln.....	7
2.6 Heilmittel	7
2.7 Hilfsmittel.....	7
2.8 Häusliche Krankenpflege	8
2.9 Fahrtkosten	8
2.10 Haushaltshilfe.....	8
2.11 Soziotherapie	8
3. Höhe der Belastungsgrenze	9
3.1 Zwei-Prozent-Belastungsgrenze	9
3.2 Ein-Prozent-Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke	9
3.3 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung als Voraussetzung für die Ein-Prozent-Belastungsgrenze.....	10
4. Ermittlung der Belastungsgrenze	11
4.1 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.....	11
4.2 Berechnung der Belastungsgrenze bei Alleinstehenden	12
4.3 Berechnung der Belastungsgrenze beim Zusammenleben mit Angehörigen	13
4.3.1 Zusammenrechnung der Einnahmen.....	13
4.3.2 Zusammenrechnung der Zuzahlungen.	14
5. Hinweise zu Antragstellung und Befreiungsbescheid.....	15

1. Einleitung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die Zuzahlungsregelungen zum 1.1.2004 grundlegend geändert. Bei den Arzneimitteln wurden damit beispielsweise die früheren nach Packungsgrößen gestaffelten Zuzahlungen abgelöst. Seitdem müssen Patienten 10 Prozent der Kosten eines Arzneimittels pro Packung – mindestens fünf Euro, maximal zehn Euro selbst tragen. Wenn die Kosten unter fünf Euro liegen, wird nur der tatsächliche Preis des Medikamentes gezahlt.

Mit der Rechtsänderung wurden die Zuzahlungsregelungen vereinheitlicht und zusammengefasst, sodass grundsätzlich bei allen Leistungen – wie beispielsweise bei stationären Maßnahmen, bei Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und zur Krankenpflege – eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten anfällt. Zusätzlich wurde die Praxisgebühr eingeführt. Unterm Strich brachte dies den Krankenkassen Einsparungen. Für ältere Menschen und chronisch Kranke bedeutete die Neuregelung eine finanzielle Mehrbelastung.

Abgeschafft wurde durch die Reform auch die völlige Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung. An ihrer Stelle wurde eine Belastungsgrenze eingeführt, um die Betroffenen finanziell nicht zu überfordern. Danach müssen Zuzahlungen grundsätzlich maximal in Höhe von zwei Prozent des Jahresbruttoeinkommens geleistet werden. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Chroniker-Regelung ab 2008 zusätzlich modifiziert. Einen Anspruch auf die Ein-Prozent-Belastungsgrenze haben künftig nur noch diejenigen chronisch Kranken, die sich therapiegerecht verhalten. Bei bestimmten Krebserkrankungen ist die Chroniker-Regelung zudem künftig an einen Beratungsnachweis zu Früherkennungsuntersuchungen gebunden.

Bei beiden Neuregelungen hatte der Gesetzgeber ursprünglich eine schärfere Regelung vorgesehen. So sollte einerseits das „therapiegerechte Verhalten“ allein vom behandelnden Arzt und ohne Mitsprache des Patienten beurteilt werden. Andererseits sollten Patienten von der Chroniker-Regelung nur profitieren dürfen, wenn sie an den Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. In beiden Fällen hat der Gemeinsame Bundesausschuss dafür gesorgt, dass das Selbstbestimmungsrecht der Patienten nicht eingeschränkt wird.

Aufgrund der Änderung der Chroniker-Regelung sollten sich insbesondere junge Leute schon heute informieren, damit sie diese bei einer eventuellen späteren chronischen Erkrankung auch in Anspruch nehmen können.

Grundsätzlich sollten alle Patienten, die sehr oft medizinische Leistungen in Anspruch nehmen und häufig Zuzahlungen leisten müssen, mit ihrem behandelnden Arzt abklären, ob bei ihnen eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt und damit die Voraussetzungen für die Ein-Prozent-Belastungsgrenze erfüllt sind.

Umfangreiche Informationen zum Thema „Zuzahlungen und Belastungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung“ können auf den folgenden Seiten nachgelesen werden.

2. Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Praxisgebühr bei zahnärztlicher und ärztlicher Behandlung

Für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers ist grundsätzlich pro Quartal eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro zu entrichten. Dies gilt neben direkten Arztbesuchen auch bei der Inanspruchnahme von Notdiensten, telefonischer Beratung, der Anforderung eines Wiederholungsrezeptes oder der Anwendung von Heilmitteln. Werden im Quartal verschiedene Ärzte aufgesucht, wird die Praxisgebühr grundsätzlich jeweils erneut fällig.

Die Praxisgebühr ist Teil des ärztlichen Honorars und wird von den gesetzlichen Krankenkassen mit dem Arzthonorar verrechnet. Sie dient im Wesentlichen als Finanzierungs- und Steuerungselement in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Zuzahlung wird nicht fällig bei:

- Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- einer Inanspruchnahme auf Grund einer Überweisung, die aus dem demselben Quartal stammt
- der jährlichen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (Individualprophylaxe) nach § 55 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V. Dies gilt jedoch nur, solange der Zahnarzt in diesem Zusammenhang keine kurativen Leistungen erbringt (z. B. Legen einer Zahnfüllung).
- einer quartalsüberschreitenden Laboruntersuchung, wenn Blut- oder Gewebeproben erst kurz vor Quartalsende genommen und erst im neuen Quartal untersucht werden
- Vorsorgeuntersuchungen wie dem Gesundheits-Check-Up ab dem 35. Lebensjahr und der Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge
- Schutzimpfungen
- einer Inanspruchnahme eines Arztes aufgrund eines Arbeitsunfalls und einer Berufskrankheit sowie zur Behandlung einer anerkannten Schädigungsfolge nach dem Bundesversorgungsgesetz.

2.2 Stationäre Krankenhausbehandlung

Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist pro Tag eine Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Die Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Maximal sind also 280 Euro zu zahlen.

Es besteht keine Zuzahlungspflicht:

- für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- während einer teilstationären oder vor- oder nachstationärer Krankenhausbehandlung
- während einer Krankenhausbehandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit zu Lasten der Unfallversicherung
- während einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer anerkannten Schädigungsfolge für Berechtigte und Leistungsempfänger nach dem Bundesversorgungsgesetz
- für Wöchnerinnen während der so genannten „Entbindungsanstaltspflege“ (= Entbindungstag + 6 Tage)
- nicht vollstationär durchgeführten Behandlungsmaßnahmen wie der Dialysebehandlung oder der Chemotherapie, die im Krankenhaus durchgeführt werden.

Zuzahlungen, die ein Versicherter im laufenden Kalenderjahr wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an einen Träger der Rentenversicherung oder wegen einer Anschlussrehabilitationsmaßnahme an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet hat, werden auf die Krankenhauszuzahlung angerechnet.

2.3 Medizinische Anschlussrehabilitation

Bei Maßnahmen der medizinischen Anschlussrehabilitation zahlen Versicherte für längstens 28 Tage jährlich eine Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.

Eine medizinische Anschlussrehabilitation ist dann gegeben, wenn sie unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung stattfindet, d. h., wenn sie innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der stationären Behandlung beginnt. Ferner genügt auch ein späterer Beginn der Anschlussrehabilitation, sofern die Frist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht eingehalten werden kann.

Zuzahlungen, die der Versicherte im laufenden Kalenderjahr wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme an einen Träger der Rentenversicherung oder wegen eines stationären Krankenhausaufenthaltes an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet hat, werden angerechnet.

2.4 Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Zu medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen haben die Versicherten eine Zuzahlung von 10 Euro je Tag zu leisten.

Die Zuzahlung ist für die gesamte Dauer der Maßnahme zu zahlen, sie ist also – anders als bei stationärer Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation – nicht befristet.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.5 Arznei- und Verbandmitteln

Die Zuzahlung zu Arznei- und Verbandmitteln beträgt 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens 10 Euro. Kostet das Mittel weniger als 5 Euro, bezahlt der Patient dessen vollen Preis.

Die Regelung gilt auch für bestimmte Nahrungsmittel und Medizinprodukte, die in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen sind, zum Beispiel für Sondennahrung für die künstliche Ernährung.

Harn- und Blutteststreifen unterliegen nicht der Zuzahlungspflicht.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.6 Heilmittel

Bei Heilmitteln – zum Beispiel bei Massagen, Krankengymnastik und Ergotherapie – beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie zusätzlich 10 Euro je Verordnung des Arztes (Rezeptblatt).

Bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik fällt die Zuzahlung auch bei Abgabe des Heilmittels in der Praxis des Arztes oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen an.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.7 Hilfsmittel

Zu Hilfsmitteln – zum Beispiel zu Rollstühlen und Rollatoren – ist eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels, zu leisten.

Eine Sonderregelung gilt bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wie beispielsweise Stoma- und Inkontinenzartikeln. Hier beträgt die Zuzahlung zehn Prozent je Packung. Jedoch ist sie unabhängig von der Verpackungsart und der Zahl der Packungen beschränkt auf höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf des Patienten je Indikation, das heißt, bezogen auf den jeweiligen ärztlichen Grund für die Anwendung des Hilfsmittels.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.8 Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege haben Versicherte eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten zu leisten. Diese Zuzahlung ist auf die für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr anfallenden Kosten beschränkt. Zusätzlich wird eine Zuzahlung von 10 Euro je Verordnung fällig.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.9 Fahrtkosten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Fahrten, wenn sie aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung trägt die Krankenkasse nach vorheriger Genehmigung ausschließlich in besonderen Ausnahmefällen.

Die Zuzahlung der Versicherten beläuft sich auf 10 Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Sind die Fahrtkosten niedriger als 5 Euro, zahlt der Patient den vollen Fahrpreis.

2.10 Haushaltshilfe

Bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe haben die Versicherten 10 Prozent der kalendertäglichen Kosten zu tragen. Ihre Zuzahlung beläuft sich aber pro Tag auf mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Kosten die Leistungen der Haushaltshilfe pro Tag weniger als 5 Euro, zahlt der Patient den vollen Preis.

Nicht zuzahlungspflichtig sind Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2.11 Soziotherapie

Eine Soziotherapie soll Menschen mit einer spezifischen schweren psychischen Erkrankung unterstützen bzw. motivieren selbständig ärztliche bzw. ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zunehmen.

Die Zuzahlung zur Soziotherapie beträgt je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme 10 Prozent der Kosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens 10 Euro. Sind die kalendertäglichen Kosten niedriger als 5 Euro, bezahlt der Patient den vollen Preis.

3. Höhe der Belastungsgrenze

Eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen zu bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist bereits mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 1.1.2004 entfallen. Um eine finanzielle Überforderung zu vermeiden, wurde stattdessen eine Belastungsgrenze eingeführt. Zuzahlungen sind jährlich nur bis zu dieser Belastungsgrenze zu leisten.

3.1 Zwei-Prozent-Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Auf diese Weise muss kein Versicherter mehr als diesen Prozentsatz seiner kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt an Zuzahlungen leisten. Im Ergebnis haben damit alle Versicherten eine gleichmäßige Belastung entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit hinzunehmen.

Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Verringerung auf die einprozentige Belastungsgrenze wird mit Beginn des Kalenderjahres wirksam, in dem der Versicherte die einjährige Dauerbehandlung erreicht. Die Belastungsgrenze auf 1 Prozent gilt für den gesamten Familienhaushalt, wenn mindestens eine Person schwerwiegend chronisch erkrankt ist.

Seit dem 1.4.2007 ist die 1-Prozent-Belastungsgrenze ergänzend an Beratungsnachweise für Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen gebunden.

3.2 Ein-Prozent-Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke

Unter die 1-Prozent-Belastungsgrenze fallen nur schwerwiegend chronisch Kranke.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens 1 Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60 Prozent vor, wobei der GdB, der GdS oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die maßgebliche chronische Krankheit begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit bestehende Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Das Vorliegen einer Dauerbehandlung muss grundsätzlich jährlich durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden, in der die dauerbehandelte Krankheit angegeben ist. Liegt Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor, ist der ärztliche Nachweis nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit entbehrlich, da in diesem Falle das Vorliegen einer Dauerbehandlung unterstellt wird.

Seit dem 28.3.2008 muss der Arzt zusätzlich zur Dauerbehandlung ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten bestätigen. Nur dann wird die 1-Prozent-Regelung angewendet. Ein therapiegerechtes Verhalten wird beispielsweise nur dann bestätigt, wenn der Patient an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm) teilnimmt. In anderen Fällen bestätigt der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten, wenn Patienten sich an die von ihm bestimmte geeignete Therapie halten und damit den Heilungserfolg nicht gefährden.

Ein therapiegerechtes Verhalten muss nicht in jedem Falle bestätigt werden. Er entfällt bei

- Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Versicherten, bei denen Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt und
- Patienten, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 60, ein Grad der Schädigungsfolge oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent vorliegt.

Als Nachweis für den Grad der Behinderung, den Grad der Schädigungsfolge, die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Pflegestufe dienen die entsprechenden bestandskräftigen amtlichen Bescheide in Kopie. In den Bescheiden zum Grad der Behinderung, zum Grad der Schädigungsfolge und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit muss die Krankheit, wegen der sich die Versicherten in Dauerbehandlung befinden, aufgeführt sein.

3.3 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchung als Voraussetzung für die Ein-Prozent-Belastungsgrenze

Die Inanspruchnahme der 1-Prozent-Regelung ist künftig zudem an einen Beratungsnachweis gebunden.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind, müssen mithilfe eines Präventionspasses nachweisen, dass sie einmal eine Beratung zu Chancen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Diese Beratung darf nur durch solche Ärzte erbracht werden, die auch die Untersuchung selbst durchführen dürften. Sie muss innerhalb von 2 Jahren ab Erreichen des Anspruchsalters für die Früherkennungsuntersuchung erfolgen. Die Untersuchung selbst bleibt freiwillig.

Für folgende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen muss der Beratungsnachweis erbracht werden:

Früherkennungsuntersuchung zu	in Form von ...	Anspruch ab ...
Brustkrebs	Mammographie-Screening	50. Lebensjahr für Frauen
Darmkrebs	Schnelltest auf occultes Blut oder Früherkennungskoloskopie	50. Lebensjahr für Frauen und Männer
Zervix-Karzinoms (Gebärmutterhalskrebs)	Pap-Test (Abstrich)	20. Lebensjahr für Frauen

Versicherte mit einer schweren psychischen Erkrankung oder mit einer geistig wesentlichen Behinderung sowie Versicherte, die bereits an einer der maßgeblichen Krebserkrankungen leiden, sind von der Beratungspflicht ausgenommen.

4. Ermittlung der Belastungsgrenze

4.1 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

Ausgangspunkt zur Ermittlung der Belastungsgrenze sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen. Hierzu gehören grundsätzlich alle einmaligen oder wiederkehrenden Bezüge sowie geldwerte Zuwendungen, wie z. B. Abfindungen, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt, Einnahmen aus Kapitalvermögen, der Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen auch die Leistungen der Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende.

Es gibt jedoch auch Ausnahmen von der Einkommensberücksichtigung. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze bleiben folgende Einnahmen außen vor:

- Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetz erhalten (z. B. Soldatenversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz)
- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz

- Renten und Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Ebenfalls nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen unter anderem die Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz, die Blindenhilfe nach dem SGB XII, das Elterngeld nach dem Bundeselterngeldgesetz bis zu einer Höhe von 300 Euro monatlich sowie Kindergeld.

Zusätzlich sind die folgenden Ausnahmen bei der Bestimmung der Belastungsgrenze zu beachten:

1. Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem BVG erhalten und
2. Versicherte, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden
 → Als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands maßgeblich. Seit dem 1.7.2008 beträgt dieser 351,00 €.
3. Versicherte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) erhalten
 → Als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft ist nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des SGB II maßgeblich. Seit dem 1.7.2008 beträgt diese ebenfalls 351,00 €.

Das Einkommen ist anhand geeigneter Belege (z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenbescheid und andere Leistungsbescheide) gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen.

4.2 Berechnung der Belastungsgrenze bei Alleinstehenden

Die Grenze von 2 bzw. 1 Prozent der Bruttoeinnahmen wird anschließend aus dem zu berücksichtigten Einkommen berechnet.

Beispielrechnung:

Rentner, alleinstehend

Jahreseinkommen (Rente)	18.000,00 €
= zu berücksichtigendes Einkommen	
davon	
Belastungsgrenze 2 %	360,00 €
Belastungsgrenze 1 %	180,00 €

Somit hat der alleinstehende Rentner im Kalenderjahr insgesamt maximal 360,00 € bzw. 180,00 € an Zuzahlungen zu entrichten.

4.3 Berechnung der Belastungsgrenze beim Zusammenleben mit Angehörigen

4.3.1 Zusammenrechnung der Einnahmen

Neben den Einnahmen des Versicherten werden bei der Ermittlung der individuellen Belastungsgrenze auch die Bruttoeinnahmen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen berücksichtigt. Als Angehörige gelten die Ehegatten und die familienversicherten Kinder. Selbst krankenversicherte Kinder werden nicht berücksichtigt, ihre Belastungsgrenze wird separat ermittelt. Einkünfte der Partner einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft sind ebenfalls zu berücksichtigen. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung können darüber hinaus auch die Einkünfte sonstiger im Haushalt lebender Angehörige (z. B. Eltern, Geschwister) berücksichtigt werden, wenn diese vom Versicherten ganz oder überwiegend unterhalten werden.

Für jeden Angehörigen werden Freibeträge gewährt, die die Höhe der maßgeblichen Einnahmen zum Lebensunterhalt und damit die Belastungsgrenze reduzieren. Die Summe der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wird für den ersten Angehörigen um 4.473 Euro und für jeden weiteren Angehörigen um weitere 2.982 Euro reduziert. Für Versicherte, die in den neuen Bundesländern wohnen, sind 3780 Euro für den ersten und 2520 Euro für jeden weiteren Angehörigen maßgeblich.

Abweichend davon wird für jedes im Haushalt lebende Kind des Versicherten ein Freibetrag abgezogen, der sich an den Kinderfreibetrag aus dem Einkommensteuerrecht anlehnt. Der volle Kinderfreibetrag beträgt 3648 Euro. Alleinerziehende können jedoch den oben genannten höheren Freibetrag von 4.473 Euro für das erste Kind geltend machen.

Die Freibeträge werden in der Regel jährlich angepasst.

Beispielrechnung:

Verheirateter Versicherter mit 3 Kindern

Jährliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt:

Versicherter:	32.000 Euro
Ehegatte:	<u>12.000 Euro</u>
Bruttoeinnahmen insgesamt:	44.000 Euro

Freibeträge:

Ehegatte:	-4.473 Euro
Kinder:	<u>-10.944 Euro</u>

Zu berücksichtigende Einnahmen 28.583 Euro

Belastungsgrenze (2%) 571,66 Euro

Ausnahmen bestehen bei der Berechnung der Belastungsgrenze für Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten, sowie bei Personen, die in einem Alten- oder Pflegeheim wohnen und dessen Kosten vom Sozialhilfe- oder Kriegspferfürsorgeträger getragen werden.

Als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt gilt dann für die gesamte Bedarfsgemeinschaft, unabhängig von der tatsächlichen Zahl der Angehörigen, nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes. Dieser liegt derzeit bei 351 Euro. Die Belastungsgrenze liegt daher einheitlich bei 84,24 Euro ($351 \text{ Euro} \times 12 \text{ Monate} \times 2 \%$). Für chronisch Kranke, für die die 1-Prozent-Belastungsgrenze gilt, liegt sie entsprechend bei 42,12 Euro.

4.3.2 Zusammenrechnung der Zuzahlungen.

Ebenso wie die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der im Haushalt lebenden Angehörigen werden auch alle geleisteten Zuzahlungen zusammengezählt.

Ist der Versicherte oder ein Angehöriger chronisch krank, so sind alle im Haushalt lebenden Angehörigen von der Zuzahlung befreit, sobald ihre Zuzahlungen insgesamt die 1-Prozent-Belastungsgrenze überschritten haben.

Es können jedoch nur die von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen Zuzahlungen berücksichtigt werden. Eigenanteile von Angehörigen, die privat krankenversichert sind, gelten daher nicht als Zuzahlung, obwohl auch deren Einnahmen bei der Berechnung der Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen sind. Gegenüber dieser unterschiedlichen Behandlung bei Ehepaaren, von denen ein Partner gesetzlich und der andere privat krankenversichert ist, wurden bereits vom Bundessozialgericht keine verfassungsrechtlichen Bedenken geäußert.

5. Hinweise zu Antragstellung und Befreiungsbescheid

Wird die individuelle Belastungsgrenze erreicht, hat die Krankenkasse dem Versicherten eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Eventuell zuviel gezahlte Zuzahlungen werden von der Krankenkasse erstattet. Die Befreiung gilt gleichzeitig für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten, auch dann, wenn sie bei einer anderen Krankenkasse versichert sind. Aus Gründen des Datenschutzes darf die Bescheinigung keine Angaben zum Einkommen des Versicherten und dessen Angehörigen enthalten.

Auf die Befreiungsbescheinigung besteht zwar ein Rechtsanspruch, dies setzt jedoch einen Antrag voraus. Dem Antrag auf Zuzahlungsbefreiung sind sämtliche Belege über Zuzahlungen, die geltend gemacht werden sollen, beizufügen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass sämtliche Nachweise über geleistete Zuzahlungen gesammelt und aufbewahrt werden. Es ist darauf zu achten, dass alle Quittungen den Namen des Versicherten und des verordneten Mittels sowie das Abgabedatum, die Abgabestelle und den Zuzahlungsbetrag enthalten.

Da die Sammlung der Belege eine gewisse Sorgfalt erfordert und sicherlich für manchen sehr aufwendig ist, bieten einige Apotheken im Rahmen ihres Service die computergestützte Erfassung und Verwaltung von Belegen und Quittungen an. Mittels einer persönlichen Kundenkarte kann jederzeit ein Auszug der geleisteten Zuzahlungen ausgestellt werden, der von den Krankenkassen als Nachweis auch anerkannt wird.

Einige Krankenkassen bieten auch die Möglichkeit, bereits zu Beginn des Jahres – also vor Erreichen der Belastungsgrenze – eine Zuzahlungsbefreiung auszustellen. Hierfür ist es erforderlich, dass der Betrag in der Höhe der Belastungsgrenze bereits im Voraus eingezahlt wird. Die Befreiung wird dann unter Vorbehalt des Widerrufs ausgestellt. Erst nach Ablauf des Kalenderjahres kann die tatsächliche Belastungsgrenze ermittelt werden, wodurch sich eine Nach- oder Rückzahlung ergeben kann.

Der Befreiungsbescheid stellt einen Verwaltungsakt dar. Gegen eine Ablehnung kann der Widerspruch erhoben werden.