

Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Informationsblatt Nr. 223-06

Stand: 1. Januar 2024

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich an den Kosten bestimmter Leistungen zu beteiligen. Der Eigenanteil soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen.

Grundsätzlich zahlen Versicherte Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Es sind allerdings nicht mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind zum Beispiel Inkontinenzhilfen, Bettschutzeinlagen, Stomaartikel, Sonden oder Spritzen –, zahlen Versicherte 10 Prozent der Kosten pro Packung dazu, – maximal aber 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln.

Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Krankenhausbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlung) und der Heilmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrkosten.

Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass gesetzlich Versicherte die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick über die Zuzahlungsregelungen der GKV.

BEFREIUNGSMÖGLICHKEITEN/ BELASTUNGSGRENZE

Jede/Jeder Versicherte hat pro Kalenderjahr Zuzahlungen höchstens bis zu seiner individuellen Belastungsgrenze zu zahlen.

Die Belastungsgrenze beträgt grundsätzlich 2 Prozent der zu berücksichtigenden jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familieneinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören

und von dem Einkommen leben müssen – denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt.

Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind im Jahr 2024 6.363 Euro. Der Freibetrag für Kinder beträgt derzeit 9.312 Euro.

Die Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus.

Als Familieneinkommen sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der bzw. des Versicherten und ihrer bzw. seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen anzusehen. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen (Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. Juli 1985 - Aktenzeichen: 8 RK 36/84). Hierzu zählen grundsätzlich alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen, wie z. B. Arbeitsentgelt, der Zahlbetrag der Renten und Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die eine Unternehmerin bzw. ein Unternehmer aus ihrem bzw. seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und ihre bzw. seine Familie erzielt oder entnimmt. Ferner fallen hierunter Einnahmen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, sowie Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), also Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben.

Im Krankenversicherungsrecht gilt das sogenannte Bruttoprinzip. Daher wird regelmäßig das Bruttoeinkommen als Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen. Bei der Bemessung der Beiträge der Mitglieder ist die Höhe der Bruttoeinkünfte Grundlage für die Festlegung der Beitragshöhe. Für die Beurteilung, ob die Belastungsgrenze erreicht ist, wird daher nicht auf einen anderen Maßstab (Nettoeinkünfte) zurückgegriffen.

Versicherte und ihre berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, denjenigen, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Die Belastungsgrenze gilt für sämtliche Zuzahlungen im Bereich der GKV, also z. B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Für die konkrete Berechnung Ihrer individuellen Belastungsgrenze wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

BESONDERHEITEN BEI CHRONISCH KRANKEN

Besondere Regelungen gelten für chronisch Kranke:

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt grundsätzlich eine geringere Belastungsgrenze von nur 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

Nach den Richtlinien des G-BA gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 Prozent.
- 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 der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der schwerwiegend chronischen Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob eine Versicherte oder ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen, können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie.

Beispiel:

Ein chronisch kranker Versicherter mit jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt von z. B. 10.000 Euro hat pro Kalenderjahr lediglich Zuzahlungen in Höhe von 100 Euro zu leisten. Erreicht dieser Versicherte z. B. bereits im Juni mit seinen Zuzahlungen diese Belastungsgrenze, wird er von der Krankenkasse für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreit. Würde dieser Versicherte beispielsweise im Oktober für zwei Wochen in einem Krankenhaus stationär behandelt werden müssen, so müsste er für die Zeit der stationären Behandlung keine Zuzahlung mehr leisten.

BESONDERHEITEN BEI SOZIALHILFEEMPFÄNGERN UND ANDEREN PERSONENGRUPPEN

Für Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII – Sozialhilfe – oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erhalten, wurde eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung getroffen. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unabhängig davon, ob die versicherte Person mit einem mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner sowie minderjährigen oder mitversicherten Kinder zusammenlebt, lediglich der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII berücksichtigt (§ 62 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V).

Die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelsatz selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelsatzes erfolgt nicht. Seit dem 1. Januar 2024 beträgt der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 monatlich 563 Euro bzw. 6.756 Euro im Jahr. Auf dieser Grundlage haben die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen für das Kalenderjahr 2024 zu leisten:

| | |
|--|-------------|
| Bei 1 Prozent Zuzahlung (Chroniker) | 67,56 Euro |
| Bei 2 Prozent Zuzahlung („Normalfall“) | 135,12 Euro |

Diese Sonderregelung gilt auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis (Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger, bei denen die Gesundheitsversorgung durch die GKV übernommen wird und Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes). Das heißt, dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die

gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz nach der Regelbedarfsstufe 1, wie sie sich aus der Anlage zu § 28 SGB XII ergibt, maßgeblich ist.

Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten, ist als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB II maßgeblich.

Für alle anderen Versicherten wird der Schutz vor Überforderung durch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sichergestellt.

Für die in Heimen (sogenannte stationäre Einrichtungen) lebenden Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens, sofern die Hilfeempfängerin bzw. der Hilfeempfänger nicht widerspricht. Die Auszahlung des Darlehensbetrages erfolgt unmittelbar an die zuständige Krankenkasse. Diese erteilt über den Träger der Sozialhilfe jeweils zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung umgehend die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in kleinen monatlichen Teilbeträgen über das ganze Kalenderjahr. Der Vorteil dieser Verfahrensweise ist, dass die/der im Heim lebende Sozialhilfeempfängerin/Sozialhilfeempfänger nur ein einziges Schreiben erhält, in dem ihr/ihm vom Träger der Sozialhilfe die Darlehensregelung erläutert wird und gleichzeitig die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung übersandt wird. Eine – zeitweise – finanzielle Überforderung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu Jahresbeginn wird somit vermieden.

BESONDERHEITEN BEI DER ZUZAHUNG

Bei stationärer Behandlung

Stationäre Leistungen werden als Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen oder als Krankenhausbehandlung einschließlich der Anschlussheilbehandlung erbracht. Bei stationären Behandlungen beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag der Inanspruchnahme einer solchen Leistung. Bei Krankenhausbehandlung und bei Anschlussheilbehandlung ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Auch bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ist eine Zuzahlung von 10 Euro je Kalendertag zu zahlen.

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie zusätzlich 10 Euro je Verordnung, wobei eine Verordnung mehrere Anwendungen umfassen kann.

Bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt.

Beispiel:

Herr X ist Rentner mit jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt von 12.000 Euro (Rente monatlich 1.000 Euro). Er leidet an einer chronischen Krankheit.

- Vom 11. Januar bis zum 10. Februar wird er stationär behandelt. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zahlt er als Zuzahlung an das Krankenhaus für jeden Tag der Behandlung 10 Euro begrenzt auf 28 Tage im Jahr (§ 39 Absatz 4 SGB V) – also insgesamt 28 Tage x 10 Euro = 280 Euro.
- Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhält Herr X eine Verordnung für häusliche Krankenpflege vom 11. Februar bis zum 28. Februar, weil hierdurch die stationäre Behandlung verkürzt wird. Die Zuzahlung für häusliche Krankenpflege beträgt für jeden Tag begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr 10 Prozent der entstandenen Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung. Bei Herrn X fallen tägliche Kosten für häusliche Krankenpflege von 50 Euro an. Die Zuzahlung würde daher täglich 10 Prozent von 50 Euro, also 5 Euro betragen und zusätzlich einmalig 10 Euro für die Verordnung. Es wären also für 18 Tage (11. Februar – 28. Februar) je 5 Euro = 90 Euro zzgl. 10 Euro für die Verordnung – also insgesamt 100 Euro zu zahlen.
- Herr X hat allerdings nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V bei seiner Krankenkasse gestellt. Die Krankenkasse hat festgestellt, dass Herr X bereits Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet hat. Die Belastungsgrenze beträgt im Fall des Herrn X 120 Euro.

Da er bereits bei der Entlassung aus dem Krankenhaus die Zuzahlung von 280 Euro entrichtet hat, erteilt die Krankenkasse einen Befreiungsausweis für den Rest des Kalenderjahres und erstattet Herrn X die bereits zu viel gezahlten Zuzahlungen von 160 Euro.

Aufgrund der Befreiung hat Herr X zudem für die häusliche Krankenpflege keine Zuzahlungen zu leisten.

Bei Fahrkosten

Fahrkosten werden nur übernommen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischer Sicht zwingend notwendig sind. So bedürfen Fahrten zur ambulanten Behandlung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse und können nur in ganz besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen werden. Der G-BA hat diese Ausnahmefälle in Richtlinien festgelegt.

Bei ärztlich verordneten Fahrten zur ambulanten Behandlung von Personen, die:

- einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ besitzen;
- den Pflegegrad 4 oder 5 haben;
- den Pflegegrad 3 haben und ärztlich bestätigt dauerhaft in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind;
- bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit dem 1. Januar 2017 mindestens den Pflegegrad 3 haben,

gilt die Genehmigung der Krankenkasse als erteilt.

Auch bei Fahrkosten gilt die allgemeine Zuzahlungsregelung. Die Versicherten haben daher für jede Leistung 10 Prozent der Kosten, mindestens aber 5 Euro und maximal 10 Euro, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Fahrkosten, zu tragen.

Die Zuzahlungen bei Fahrkosten sind von allen Versicherten zu erbringen, also auch von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Übersicht über die Zuzahlungen in der GKV:

| Leistung | Zuzahlung seit dem 1. Januar 2004 |
|---|---|
| Arzneimittel | 10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro* |
| Verbandmittel | wie oben* |
| Fahrkosten | 10 Prozent der Fahrkosten mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro je Fahrt* |
| Heilmittel | 10 Prozent des Abgabepreises zzgl. 10 Euro je Verordnung* |
| Hilfsmittel | 10 Prozent der Kosten des Hilfsmittels mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro* |
| zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel | 10 Prozent der Kosten und maximal 10 Euro pro Monat |
| Krankenhausbehandlung | 10 Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage |
| Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen | 10 Euro pro Kalendertag |
| Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen | 10 Euro pro Kalendertag |
| Anschlussrehabilitation | 10 Euro pro Kalendertag für längstens 28 Tage |
| Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter | 10 Euro pro Kalendertag |

*jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels