

Die Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen auf einen Blick

Vereinfachte Zuzahlungsregeln

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsgrenzen

Alle Zuzahlungen werden für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden.

Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf zwei Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten.

Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von ein Prozent der Bruttoeinnahmen.

Für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch die Kinderfreibeträge (pro Kind 3.648 Euro) und gegebenenfalls den Freibetrag für den Ehepartner (4.410 Euro).

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch von nicht volljährigen Versicherten zu entrichten ist.

Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Chroniker oder an einer Integrierten Versorgung teilnehmen.

Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und auf Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen. Dies gilt auch für versicherungspflichtige Beschäftigte, die über solche Einnahmen verfügen.

Zuzahlungsbefreiungen

Versicherten, die ihre Belastungsgrenze erreicht haben, wird nach Antrag von ihrer Kasse für das laufende Kalenderjahr eine Befreiung ausgestellt.

Zuzahlungen			
Was gilt	Was Sie zahlen	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.	Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt zwei Mal im Jahr, Vorsorge- und Früherkennungstermine, Schutzimpfungen und Schwangerenvorsorge sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	Zehn Euro pro Quartal bedeutet: Wer immer erst zum Hausarzt geht und sich überweisen lässt, muss die Praxisgebühr von zehn Euro nur einmal im Quartal bezahlen, auch wenn verschiedene Arztbesuche notwendig sind. Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren sind von der Praxisgebühr befreit.
... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln	Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Mittel. Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.		<i>Beispiele:</i> Ein Medikament kostet zehn Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von fünf Euro. Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt zehn Prozent vom Preis, also 7,50 Euro. Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf maximal zehn Euro begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten des Mittels bzw. der Leistung zuzüglich zehn Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).		<i>Beispiel:</i> Wenn zum Beispiel auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung zehn Euro für diese Verordnung und zusätzlich zehn Prozent der Massagekosten.

Zuzahlungen (Fortsetzung)			
Was gilt	Was Sie zahlen	Ausnahmen	Anmerkungen
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von zehn Prozent für jedes Hilfsmittel (zum Beispiel Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (zum Beispiel Inkontinenzhilfen): Zuzahlung von zehn Prozent je Verbrauchseinheit, aber maximal zehn Euro pro Monat.	
... im Krankenhaus	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.
... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorhergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von zehn Euro pro Tag.		
... bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von zehn Prozent pro Tag, jedoch höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro.		
zusätzlicher Beitragssatz	Seit dem 1. Juli 2005 wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen erhoben. Gleichzeitig wurden die Beitragssätze um 0,9 Prozent abgesenkt. Das bedeutet für die gesetzlich Versicherten eine Mehrbelastung von 0,45 Prozentpunkten.	Bezieher von Arbeitslosengeld II und mitversicherte Familienangehörige zahlen den zusätzlichen Beitragssatz nicht.	

Leistungen der Krankenkasse			
Was gilt	Was die Kasse übernimmt	Ausnahmen	Anmerkungen
... für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.	Ausnahmen: Bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von zehn Prozent des Preises, mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro pro Arzneimittel an. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikaments. Weitere Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.	Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.
... für Lifestyle-Präparate	Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (zum Beispiel Viagra), werden nicht mehr erstattet.		
... bei Fahrkosten	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.	Bei genehmigten Fahrkosten müssen zehn Prozent, aber höchstens zehn Euro und mindestens fünf Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für die Fahrkosten von Kindern und Jugendlichen. Die Zuzahlung ist begrenzt auf die tatsächlich entstandenen Fahrkosten.
... für Sehhilfen / Brillen	Grundsätzlich übernehmen die Krankenkassen keinen Zuschuss mehr.	Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.	
... für künstliche Befruchtung	Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 Prozent bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.		

Leistungen der Krankenkasse (Fortsetzung)			
Was gilt	Was die Kasse übernimmt	Ausnahmen	Anmerkungen
... bei Sterilisationen	Keine Kostenübernahme bei Sterilisationen, die der persönlichen Lebensplanung dienen.	Ausnahme: Für medizinisch notwendige Sterilisationen werden die Kosten weiterhin von der Krankenkasse übernommen.	
... für Sterbegeld / Entbindungsgeld	Wurden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.		
... für Mutterschaftsgeld / Empfängnisverhütung / Schwangerschaftsabbruch / Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes	Für die Versicherten hat sich nichts geändert, da sie diese Leistungen auch weiterhin von der Krankenkasse erhalten.		
... beim Zahnersatz	Seit dem 1. Januar 2005 zahlen die Krankenkassen Festzuschüsse zu den Kosten von Zahnersatz, d.h. die Zuzahlung orientiert sich am Befund, nicht an der Behandlungsmethode. Die Härtefall- und Bonusregelungen gelten auch weiterhin.		Der Versicherte kann sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.