

**Materialien  
zum Sozialrecht**



# **Neuregelung der Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenversicherung**

---

**Jonny Bruhn-Tripp, Gisela Tripp,  
Stand: Gesundheitsreformgesetz vom 14. November 2003**

**Februar 2004**

## Einleitung

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2004 ist der Leistungskatalog der Krankenkassen weiter eingeschränkt worden. Ersatzlos gestrichen wurden das Sterbegeld und das Entbindungsgeld. Für den Zahnersatz müssen Versicherte **ab 2005** privat aufkommen. Das Krankengeld wird **ab 2007** über einen besonderen Pflichtbeitrag der Arbeitnehmer finanziert. Die Gesundheitsreform hat für Versicherte und Patienten auch die Eigenbeteiligungen erhöht. Ob die neue Praxisgebühr für den Arztbesuch oder höhere Zuzahlungen für einen Klinikaufenthalt, für Medikamente, Verband- und Heilmittel, ob die neu eingeführte Zuzahlung zur Krankenpflege - auf die Versicherten und Kranken kommen höhere und versteckte Kosten zu. Versteckte Kosten verbergen sich insbesondere bei den **nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln**. Medikamente, die nicht vom Arzt verschrieben werden müssen, zahlen Patienten künftig in der Regel selbst.

Ersatzlos gestrichen wurde auch die Sozialklausel, wonach Arbeitnehmer mit Niedriglöhnen, Empfänger von Sozial- und Arbeitslosenhilfe, BAFÖG - Empfänger von der Zuzahlungspflicht vollständig befreit waren. Für diese Gruppen gelten ab dem **01.01.2004** die in dieser Broschüre vorgestellten Zuzahlungspflichten. Wie andere Versicherte müssen auch diese Gruppen ab dem 01.01.2004 die Praxisgebühr, die Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln und zu anderen Leistungen der Krankenkassen tragen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Erste Kapitel: Katalog der Leistungen mit Zuzahlungen</b>	<b>6</b>
<b>I. Allgemeine Grundsätze und allgemeine Faustregeln zur Zuzahlungspflicht</b>	<b>8</b>
1. Zuzahlungspflichtiger Personenkreis	8
2. Rechenformel und Faustregeln zur Höhe der Zuzahlungen	9
3. Befreiung von der Zuzahlung	9
<b>II. Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines Arztes (Praxisgebühr)</b>	<b>10</b>
1. Höhe der Praxisgebühr je Kalendervierteljahr	10
2. Zuzahlungspflichtige Arztbesuche	11
3. Zuzahlungspflichtige Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall	11
3.1. Ausnahmen von der Praxisgebühr im Notfall	12
4. Befreiungen von der Praxisgebühr	13
4.1. Liste der von der Praxisgebühr befreiten Leistungen	14
5. Keine Praxisgebühr bei Arbeitsunfall und Heilbehandlung von Berufskrankheiten	15
<b>III: Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandmitteln</b>	<b>15</b>
Schaubild: Zuzahlungen bei Arzneimitteln	17
<b>IV. Zuzahlungen bei Heilmitteln und Häuslicher Krankenpflege</b>	<b>19</b>

<b>V. Zuzahlungen bei Hilfsmitteln</b>	<b>19</b>
<b>1. Versorgung mit Sehhilfen / Brillen</b>	<b>20</b>
<b>VI. Zuzahlungen bei einer Soziotherapie und bei einer Haushaltshilfe</b>	<b>20</b>
<b>VII. Zuzahlungen bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen</b>	<b>21</b>
<b>VIII. Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung und zu einer stationären Anschlussrehabilitation</b>	<b>21</b>
<b>IX. Zuzahlung bei Fahrkosten</b>	<b>22</b>
<b>1. Schaubild: Katalog der von der Krankenkasse zu übernehmenden Fahrkosten</b>	<b>23</b>
<b>2. Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung</b>	<b>24</b>
<b>3. Schaubild: Ambulante Krankenfahrten</b>	<b>25</b>
<b>X. Zuzahlungen auf einen Blick</b>	<b>26</b>
<b>XI. Aus dem Leistungskatalog herausgenommene Leistungen: Sterbegeld, Entbindungsgeld, Krankengeld und Zahnersatz</b>	<b>28</b>
<b>Zweite Kapitel: Belastungsgrenzen</b>	<b>29</b>
<b>I. Allgemeine Vorbemerkung</b>	<b>29</b>
<b>II. Belastungsgrenzen bei den Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse</b>	<b>30</b>
<b>1.1. Schaubild: Berechnungsgrundlage für Versicherte</b>	<b>31</b>
<b>3. Ermittlung der Belastungsgrenze</b>	<b>34</b>

<b>3. Kapitel: Die Chroniker - Regelung</b>	<b>35</b>
<b>1. Zum Personenkreis schwerwiegend chronisch Kranker</b>	<b>35</b>
<b>2. Höhe der Belastungsgrenze für Sozialhilfeempfänger und Heimbewohner</b>	<b>37</b>
<b>2.1. Höhe der Belastungsgrenze für Sozialhilfeempfänger</b>	<b>37</b>
<b>2.2. Höhe der Belastungsgrenze für Heimbewohner</b>	<b>38</b>
<b>4. Kapitel: Befreiung und Ermäßigung von der Zuzahlung</b>	<b>39</b>
<b>1. Generelle Befreiung und Befreiung von Zuzahlungen oberhalb der Belastungsgrenze</b>	<b>39</b>
<b>2.1. Ermäßigung von Zuzahlungen als Bonus für gesundheitsbewußtes Verhalten</b>	<b>40</b>
<b>5. Kapitel: . Beispiele zu den Belastungsgrenzen</b>	<b>41</b>
<b>1. Schema zur Berechnung der Höhe der Zuzahlungen</b>	<b>42</b>
<b>2. Beispiel: Alleinstehender Rentner</b>	<b>43</b>
<b>3. Beispiel: Ehepaar mit einem Kind</b>	<b>44</b>
<b>Arbeitsblatt: Meine Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkasse</b>	<b>46</b>
<b>Arbeitsblatt: Quartalsmäßige Buchführung meiner Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse</b>	<b>47</b>

## **Erste Kapitel: Katalog der Leistungen mit Zuzahlungen**

**Zu folgenden Leistungen müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, hinzuzahlen:**

- 1. Arztbesuch\***
- 2. Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel**
- 3. Heilmittel**
- 4. Häusliche Krankenpflege\***
- 5. Haushaltshilfe\***
- 6. Hilfsmittel**
- 7. Psychotherapie\***
- 8. Stationäre Vorsorge und Rehabilitation**
- 9. Stationäre Anschlußheilbehandlung**
- 10. Stationärer Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter**
- 11. Krankenhausbehandlung**
- 12. Künstliche Befruchtung**
- 13. Zahnersatz**

---

\* mit der Gesundheitsreform 2004 neu eingeführte Zuzahlungspflicht

# **I. Allgemeine Grundsätze und allgemeine Faustregeln zur Zuzahlungspflicht**

## **1. Zuzahlungspflichtiger Personenkreis**

Zum zuzahlungspflichtigen Personenkreis gehören Pflicht- und Familienversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Mit Ausnahme von Kindern unter 18 Jahren gibt es keine Ausnahme von der Zuzahlungspflicht.

### **Zuzahlungspflichtig sind:**

- **Beschäftigte**
- **Auszubildende**
  
- **Rentner ( Bezieher von Altersrenten, Erwerbsminderungsrenten oder Hinterbliebenenrenten )**
- **Arbeitslose**
  
- **Empfänger von Sozialhilfe**
  
- **Studenten**
  
- **Asylbewerber, die laufende Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen**
  
- **Familienversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben**

## **2. Rechenformel und Faustregeln zur Höhe der Zuzahlungen**

Die Höhe der Zuwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für Hilfsmittel, für eine Haushaltshilfe oder Soziotherapie und Krankenfahrtkosten beträgt 10 % des Preises, mindestens aber 5 Euro und höchstens 10 Euro, in jedem Fall aber nicht mehr als die Kosten des Mittels.

### **Die Höhe der Zuzahlung beträgt**

**mindestens 5 Euro  
oder 10 % des Abgabepreises der Leistung,  
höchstens aber 10 Euro**

### **Die Faustregel lautet: Die Zuzahlung beträgt bei**

**Preisen von 5 bis 50 Euro = 5 Euro Zuzahlung  
Preisen zwischen 51 Euro bis 99 Euro = 10 % Zuzahlung  
Preisen ab 100 Euro = 10 Euro Zuzahlung**

## **3. Befreiung von der Zuzahlung**

Zuzahlungen sind nur bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze richtet sich für chronisch Kranke nach 1 %, ansonsten nach 2 % des individuellen Jahresbruttoeinkommens. Für Empfänger von Sozialhilfe 1 % oder 2 % vom Regelsatz des Haushaltsvorstands. Ist die Belastungsgrenze erreicht, kann bei der Krankenkasse die **Befreiung von weiteren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr** beantragt werden.



## II. Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines Arztes (Praxisgebühr)

### 1.Höhe der Praxisgebühr je Kalendervierteljahr

Mit der Reform ist eine Zuzahlung (Praxisgebühr) für die Inanspruchnahme eines Arztes eingeführt worden. Von der Praxisgebühr ausgenommen sind Vorsorgeuntersuchungen bei Ärzten und Zahnärzten. Auch die Inanspruchnahme eines Notdienstes ist zuzahlungspflichtig.

**Die Praxisgebühr beträgt in jedem Kalendervierteljahr 10 Euro**

- für jede erste Inanspruchnahme eines Arztes oder Zahnarztes (Arztbesuch, Telefonat )
- und für jede weitere Inanspruchnahme eines anderen Arztes ohne Überweisung durch den zuerst aufgesuchten Arzt

***Nicht zuzahlungspflichtig ist die Inanspruchnahme weiterer Ärzte in einem Kalendervierteljahr bei Vorlage einer Überweisung durch einen zuerst konsultierten Arzt.***

Wie oft ist die Praxisgebühr zu entrichten ? Die Praxisgebühr ist nur einmal **pro Vierteljahr für jede erstmalige Inanspruchnahme** eines Arztes oder Zahnersatzes zu entrichten. Für die Inanspruchnahme von **überwiesenen Ärzten innerhalb eines Vierteljahres** muß keine weitere Praxisgebühr entrichtet werden. Die Praxisgebühr von 10 Euro muß aber immer wieder bezahlt werden, wenn andere Ärzte **ohne Vorlage einer Überweisung** aufgesucht werden. Eine Quittung reicht nicht aus !

## 2. Zuzahlungspflichtige Arztbesuche

Zuzahlungspflichtig ist die Inanspruchnahme eines

- **Arztes, Facharztes, Psychiaters**
- **Zahnarztes, Kieferorthopäden**
- **Psychotherapeuten**
- **Arztes in der Ambulanz eines Krankenhauses**
- **Arztes im Notfall oder im Notfalldienst**

## 3. Zuzahlungspflichtige Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall

Vom Grundsatz her ist die Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall oder in einem Notfalldienst zuzahlungspflichtig. Zu einem Arzt im Notfall oder im Notfalldienst kann auch nicht von einem behandelnden Arzt überwiesen werden. Wann ist für den Notfall die Praxisgebühr fällig ?

**Die Praxisgebühr wird fällig,**

- **bei Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall, wenn der behandelnde Notfallarzt nicht zufälligerweise der Arzt ist, bei dem bereits eine Praxisgebühr entrichtet wurde**
- **wenn die Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall oder eines Arztes in einem Notfalldienst der erste Arztbesuch in einem Kalendervierteljahr ist**
- **wenn der Arzt im Notdienst für einen Notfall konsultiert wird, der nicht mit einer von einem behandelnden Arzt geplanten Versorgung verbunden ist**

### **3.1. Ausnahmen von der Praxisgebühr im Notfall**

Muß die Praxisgebühr auch dann entrichtet werden, wenn ein behandelnder Arzt zur Sicherstellung einer geplanten Versorgung auf den Notfalldienst verweist ? Ein solcher Fall ist gegeben, wenn eine vom Arzt geplante ambulante Versorgung auf Zeiten fällt, an denen die Arztpraxis nicht geöffnet sind, z.B. an Sonn- und Feiertagen. Die Antwort auf diese Frage lautet: **Ist die Inanspruchnahme des Notdienstes nicht zufällig der "erste Arztbesuch" in einem Kalendervierteljahr, muß für eine vom behandelnden Arzt geplante Notfallversorgung keine Praxisgebühr entrichtet werden.** Das gleiche gilt, wenn sich ein Patient wegen Auftretens von Komplikationen an den Notdienst wenden muß, um eine in der Arztpraxis begonnene Krankenbehandlung weiter vornehmen zu lassen. In diesen Fällen setzen die Ärzte des Notdienstes nur eine vom behandelnden Arzt geplante und wegen der Öffnungszeiten seiner Arztpraxis im Notfall nicht abgedeckte Krankenbehandlung oder Versorgung fort.

Übrigens: Zum Nachweis, dass die Praxisgebühr bereits entrichtet worden ist, reicht im Notfalldienst die Vorlage der Quittung aus !

#### **4. Befreiungen von der Praxisgebühr**

Keine Praxisgebühr für die Inanspruchnahme von Ärzten fällt an:

- für Versicherte unter 18 Jahren
- für Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft
- für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
- Gesundheits - Check ab dem 35. Lebensjahr
- Schutzimpfungen
- für die zweimalige Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt
- bei Vorlage einer Überweisung innerhalb eines Kalendervierteljahres
- nach Befreiung von der Zuzahlungspflicht im laufenden Kalenderjahr aufgrund der Überschreitung der Belastungsgrenze. Die Befreiung muß von der Krankenkasse erteilt werden und den Leistungserbringern, z.B. Ärzten, Apotheken vorgelegt werden

#### **4.1. Liste der von der Praxisgebühr befreiten Leistungen**

Von der Praxisgebühr ausgenommen ist die Inanspruchnahme von Ärzten, Zahnärzten für folgende Leistungen:

- **Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft**
- **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer**
- **Gesundheitschecks ab dem 35. Lebensjahr alle 2 Jahre zum Zweck der Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit**
- **Schutzimpfungen, insbesondere gegen Kinderlähmung, Röteln, Masern, Tetanus, Mumps, Diphtherie, Influenza**
- **die zweimalige zahnärztliche Kontrolluntersuchung**  
Die Kontrolluntersuchung umfaßt eine Röntgenuntersuchung, die Vitalitätsprüfung der Zähne, den Parodontose Test und einmal im Jahr die Entfernung von Zahnstein.

## **5. Keine Praxisgebühr bei Arbeitsunfall und Heilbehandlung von Berufskrankheiten**

Für die Inanspruchnahme eines Arztes oder Zahnersatzes aufgrund eines **Arbeitsunfalls** oder wegen einer **Berufskrankheit**, muß keine Praxisgebühr bezahlt werden. Auch müssen für Arznei-, Verbandmittel und für Heilmittel, die im Zusammenhang mit der Behandlung eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit vom Arzt verordnet werden, keine Zuzahlungen geleistet werden.

### **III: Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandmitteln**

Die Höhe der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel richtet sich nach der Formel: 10 % des Abgabepreises, mindestens aber 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro. Diese Zuzahlung gilt jedoch nur für Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen.

**Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen, sind,**

- **verschreibungspflichtige Arzneimittel**
- **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr**
- **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten**

Arzneimittel, die Versicherte ab dem vollendeten 18 Lebensjahr voll tragen müssen, sind

- **verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten**
- **verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen**
- **verschreibungspflichtige Abführmittel**
- **verschreibungspflichtige Arzneimittel gegen Reisekrankheit**
- **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**
- **Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der Lebensqualität dienen**

Das folgende Schaubild zeigt, welche Zuzahlungen und Kosten einen Patienten die Versorgung mit Arzneimittel treffen können.

## Schaubild: Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Arzneimittel	Höhe der Zuzahlung von Versicherten
<p><b>Verschreibungspflichtige Arzneimittel und</b></p> <hr/> <p>verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherten ab dem 18. Lebensjahr, die von der Versorgung ausgeschlossen sind.</p> <p>Dazu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten</li> <li>- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen</li> <li>- Abführmittel</li> <li>- Arzneimittel gegen Reisekrankheit</li> </ul>	<p>Zuzahlung von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 % des Abgabepreises</li> <li>▪ mindestens aber 5 Euro,</li> <li>▪ höchstens jedoch 10 Euro</li> </ul> <hr/> <p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p> <p style="text-align: center;"><u>Ausnahme</u></p> <p>Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr</p>



## Schaubild: Zuzahlungen bei Arzneimitteln

Arzneimittel	Höhe der Zuzahlung von Versicherten
<p><b><u>nicht</u> verschreibungspflichtige Arzneimittel</b></p>	<p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Ausnahmen</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr</li> <li>- Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen</li> <li>- Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten *</li> </ul> <p style="text-align: center;">Höhe der Zuzahlung für Versicherte mit dem vollendeten 18. Lebensjahr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 % des Abgabepreises</li> <li>▪ mindestens aber 5 Euro,</li> <li>▪ höchstens jedoch 10 Euro</li> </ul>
<p><b>Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der Lebensqualität dienen, insbesondere</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Steigerung der sexuellen Potenz</li> <li>- zur Raucherentwöhnung</li> <li>- zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits</li> <li>- zur Regulierung des Körpergewichts</li> <li>- zur Verbesserung des Haarwuchses</li> </ul>	<p>Diese Medikamente gehen in voller Höhe zu Lasten von Versicherten</p>

\* Die Medikamentenliste ist den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu entnehmen. Informationsabruf unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## **IV. Zuzahlungen bei Heilmitteln und Häuslicher Krankenpflege**

Bei **Heilmitteln** beträgt die Zuzahlung

- **10 % der Kosten des Mittels oder der Leistung plus 10 Euro je Verordnung.**

Heilmittel sind beispielsweise: Krankengymnastik, Ergotherapie, Massagen.

Bei **Häuslicher Krankenpflege** beträgt die Zuzahlung

- **10 % der Kosten der Leistung plus 10 Euro je Verordnung.**  
**Die Zuzahlung ist in einem Kalenderjahr auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege begrenzt.**

## **V. Zuzahlungen bei Hilfsmitteln**

Die Höhe der Zuzahlungen richtet sich danach, ob es sich um Hilfsmittel handelt, die zum Verbrauch bestimmt sind oder nicht.

Bei **nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**, zum Beispiel: Hörgerät, Rollstuhl, beträgt die Zuzahlung:

- **10 % des Abgabepreises, mindestens aber 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro je Indikation**

Bei **zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln**, zum Beispiel: Artikel bei Inkontinenz, Stoma, Ernährungs-sonden, Teststreifen, beträgt die Zuzahlung:

- **10 % je Verbrauchseinheit, höchstens jedoch 10 Euro pro Monat**

## **1. Versorgung mit Sehhilfen / Brillen**

Die Versorgung mit Sehhilfen zu Lasten der Krankenkassen wurde weitgehend gestrichen. Ein Leistungsanspruch auf Sehhilfen besteht für Kinder unter 18 Jahren sowie für schwer sehbeeinträchtigte Patienten. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ist, dass beide Augen eine Beeinträchtigung der Stufe 1 aufweisen. Ein Anspruch besteht auch, wenn der Arzt wegen der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen therapeutische Sehhilfen verordnet.

## **VI. Zuzahlungen bei einer Soziotherapie und bei einer Haushaltshilfe**

Bei einer **Soziotherapie** beträgt die Zuzahlung

- **10 % der Tageskosten, pro Tag mindestens 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro**

Bei einer **Haushaltshilfe** beträgt die Zuzahlung

- **10 % der Tageskosten, pro Tag mindestens 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro**

## **VII. Zuzahlungen bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen**

Bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, zum Beispiel für Mütter oder Väter, beträgt die Zuzahlung

- **10 Euro pro Tag. Die Zuzahlung ist für jeden Tag der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu zahlen**

## **VIII. Zuzahlungen zur stationären Krankenhausbehandlung und zu einer stationären Anschlussrehabilitation**

Bei stationärer Krankenhausbehandlung oder einer Anschlussrehabilitation beträgt die Zuzahlung

- **10 Euro pro Tag der stationären Krankenhausbehandlung oder Anschlussrehabilitation.**

**Die Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.**

**Zuzahlungen für Tage der Krankenhausbehandlung oder einer Anschlussrehabilitation werden gegenseitig angerechnet.**

## **IX. Zuzahlung bei Fahrkosten**

Mit Einführung des Gesundheitsreformgesetzes dürfen Fahrkosten von der Krankenkasse nur in medizinisch zwingenden Fällen übernommen werden. Fahrkosten zu einer **ambulanten Krankenbehandlung** dürfen darüber hinaus nur in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung von den Krankenkassen übernommen werden.

Die Zuzahlung zu Fahrkosten, die von der Krankenkasse zu übernehmen sind, betragen:

- **10 % der Kosten, mindestens 5 Euro, höchstens jedoch 10 Euro pro Fahrt**

Das folgende Schaubild zeigt, welche Krankenfahrkosten von den Krankenkassen zu übernehmen sind und wie hoch die Zuzahlungen sind.

## **1. Schaubild: Katalog der von der Krankenkasse zu übernehmenden Fahrkosten**

**Die Krankenkasse übernimmt nach Abzug der Zuzahlung von 10 % der Fahrkosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro die Fahrkosten**

- **bei Leistungen, die stationär erbracht werden\***
- **Rettungsfahrten zum Krankenhaus**
- **Krankentransporte**
- **Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung in Ausnahmefällen und nach Genehmigung durch die Krankenkasse**
- **Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung**  
**Voraussetzung: Durch diese Krankenhausbehandlung kann eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden.**
- **Fahrten zu ambulanten Operationen im Krankenhaus\*\***  
**Voraussetzung: Durch eine ambulante Operation im Krankenhaus kann eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden**
- **Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung**

\* Bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus gilt dieses nur, wenn die Verlegung zwingend erforderlich ist oder in ein wohnortnahes Krankenhaus erfolgt. Hier muß jedoch eine Einwilligung der Krankenkasse vorliegen.

## **2. Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung**

Die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten Krankenbehandlung werden nur noch in Ausnahmefällen und nach vorheriger Genehmigung von den Krankenkassen übernommen. Fahrkosten zur ambulanten Krankenbehandlung werden übernommen bei Dialyse- oder Krebstherapien. Auch bei Schwerbehinderten und bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen II oder III werden ambulante Fahrten übernommen. Außerdem können Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen bei Patienten, die an einer schweren Erkrankung leiden und sich in einer dauerhaften ärztlichen Therapie befinden, eine Übernahme ambulanter Fahrten anordnen. In diesen Fällen müssen die Krankenkassen die Übernahme angeordneter ambulanter Fahrkosten zuvor genehmigen.

Folgende Fahrkosten für eine ambulante Krankenbehandlung müssen von den Krankenkassen übernommen werden:

- **bei Fahrten zur ambulanten Dialyse**
- **bei Fahrten zur ambulanten Krebstherapie**
  
- **Fahrkosten zu einer ambulanten Krankenbehandlung für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG"; "BI" oder "H" haben und für Versicherte, die pflegebedürftig nach Maßgabe der Pflegestufen II oder III sind**
  
- **Fahrten für vergleichbare Fälle nach Verordnung durch den Arzt und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse**

### 3. Schaubild: Ambulante Krankenfahrten

Das folgende Schaubild zeigt, in welchen Fällen die Krankenkassen ambulante Fahrkosten übernehmen müssen.

Verordnungs- und genehmigungsfähige Fahrten	Höhe der Zuzahlung
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fahrten zur ambulanten Dialyse</li><li>▪ Fahrten zu einer ambulanten Krebstherapie</li> <li>▪ Fahrten von Schwerbehinderten, mit dem Ausweismerkmal<ul style="list-style-type: none"><li>- aG, außergewöhnlich gehbehindert</li><li>- oder "Bl", blind</li><li>- oder "H", hilflos</li></ul></li> <li>▪ Fahrten von pflegebedürftig Versicherten in der<ul style="list-style-type: none"><li>- Pflegestufe II</li><li>- oder Pflegestufe III</li></ul></li> <li>▪ Vom Arzt angeordnete Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung</li></ul>	<p>10 % der Kosten, mindestens 5 Euro höchstens 10 Euro pro Fahrt zur ambulanten Krankenbehandlung</p>
<p>Der Arzt kann bei schweren Erkrankungen eine ambulante Fahrt anordnen. Voraussetzung ist: Der Versicherte leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muß. Die Krankenbehandlung oder der Krankheitsverlauf beeinträchtigt den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.</p>	



## X. Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungskatalog	Höhe der Zuzahlung
<p>Arztbesuch: Hausarzt, Facharzt, Psychiater</p> <p>Arztbesuch: Zahnarzt, Kieferorthopäde</p>	<p>Praxisgebühr: 10 Euro pro Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme</p>
<p>Verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel</p>	<p>10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro</p>
<p>Hilfsmittel</p> <p>zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel</p>	<p>10 % des Abgabepreises, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro</p> <p>10 % pro Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro im Monat je Indikation</p>
<p>Heilmittel</p>	<p>10 % des Preises pro Mittel oder der Leistung plus 10 Euro pro Verordnung</p>
<p>Häusliche Krankenpflege</p>	<p>10 % der Kosten der Krankenpflege, begrenzt auf die ersten 28 Tage der Krankenpflege im Kalenderjahr plus 10 Euro pro Verordnung</p>
<p>Haushaltshilfe</p>	<p>10 % der kalendertäglichen Kosten der Haushaltshilfe, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro</p>

## Zuzahlungen auf einen Blick

Leistungskatalog	Höhe der Zuzahlung
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten der Haushaltshilfe, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Stationäre Vorsorge oder Rehabilitation	10 Euro pro Tag der stationären Vorsorge oder Rehabilitation
Stationäre Krankenhausbehandlung*	10 Euro pro Krankenhaustag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr
Stationäre Anschlussrehabilitation*	10 Euro pro Krankenhaustag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr
Fahrkosten**	10 % der Fahrkosten, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Künstliche Befruchtung	50 % der Kosten

## **XI. Aus dem Leistungskatalog herausgenommene Leistungen: Sterbegeld, Entbindungsgeld, Krankengeld und Zahnersatz**

Ersatzlos gestrichen wurden zum 01. Januar 2004 das Sterbegeld und das Entbindungsgeld. Ab dem 01.01.2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog herausgenommen und müssen Versicherte eine eigene Zahnersatzversicherung abschließen. Ab 2006 müssen Arbeitnehmer den vollen Beitragsanteil zum Krankengeld leisten.

Leistung	Anmerkung
Sterbegeld, Entbindungsgeld	ersatzlos gestrichen
Zahnersatz	<p>Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem beitragsfinanzierten Leistungskatalog herausgenommen und obliegt Versicherten die Pflicht, eine Zusatzversicherung für den Zahnersatz abzuschließen. Die Zahnersatz - Versicherung kann bei der Krankenkasse zu einem Beitrag von 6 Euro pro Monat abgeschlossen werden oder bei einer privaten Krankenkasse.</p>
Krankengeld	<p>Ab 2006 wird das Krankengeld aus dem beitragsfinanzierten Leistungskatalog herausgenommen und von den Versicherten ein spezieller Beitragssatz von 0.5 % erhoben.</p>

## **Zweite Kapitel: Belastungsgrenzen**

### **I. Allgemeine Vorbemerkung**

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2004 ist eine generelle Zuzahlungspflicht zu den Leistungen der Krankenversicherung eingeführt worden. Die Sozialklausel und die nach Einkommensklassen gestaffelten Härteklauseln sind ersatzlos gestrichen worden. Die Zuzahlungspflicht trifft Fürsorgeempfänger, Arbeitslose, Rentner genauso wie Arbeitnehmer.

Zuzahlungspflichtig sind Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und familienversicherte Angehörige mit Ausnahme von Kindern unter 18 Jahren. Der Sozialausgleich findet nicht mehr nach dem Einkommensprinzip statt, sondern einzig nach der belassenen **Chroniker-Regelung**. Im Unterschied zu anderen Versicherten beträgt für chronisch kranke Menschen die Belastungsgrenze für die Zuzahlungen 1 % des Jahresbruttoeinkommens. Ansonsten beträgt die Belastungsgrenze 2 % des Jahresbruttoeinkommens.

## **II. Belastungsgrenzen bei den Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse**

Für die Zuzahlung zu den Leistungen gelten Belastungsgrenzen. Bei den Belastungsgrenzen werden alle Zuzahlungen berücksichtigt. Die Belastungsgrenzen müssen individuell ausgerechnet werden. Ist die Belastungsgrenze erreicht, können sich Versicherte von der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen für das laufende Kalenderjahr **befreien** lassen. Die bescheinigte Befreiung muß den Leistungserbringern (Ärzten, Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäusern, Ambulante Krankenpflege, Ärzten oder Psychotherapeuten im Notfalldienst, Krankentransportunternehmen..) vorgelegt werden.

### **1. Berechnungsgrundlage der Belastungsgrenzen**

Für die Belastungsgrenze ist die Höhe des Haushaltsnettoeinkommens nicht mehr maßgebend. Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze ist:

- bei Empfängern von Sozialhilfe der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes.
- bei Heimbewohnern, bei denen die Heimkosten von der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden, der Regelsatz der Sozialhilfe für einen Haushaltsvorstand
- bei allen übrigen Versicherten die Jahresbruttoeinkommen (Bruttolöhne, Bruttorenten, Betriebsrenten, Witwen-/Witwerrente, Arbeitslosengeld, Mieteinnahmen, Zinsen), höchstens jedoch die Beitragsbemessungsgrenze: 2003 von 3450 Euro

## 1.1. Schaubild: Berechnungsgrundlage für Versicherte

Das Schaubild zeigt, welche Bemessungsgrundlage bei heranzuziehen ist:

Personenkreis	Bemessungsgrundlage für die Belastungsgrenze
Empfänger von Sozialhilfe*	Regelsatz für den Haushaltsvorstand*
Empfänger von Leistungen der bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter und bei voller Erwerbsminderung	Regelsatz für den Haushaltsvorstand*
Heimbewohner, bei denen Heimkosten von der Sozialhilfe oder von der Kriegsopferfürsorge getragen werden*	Regelsatz für den Haushaltsvorstand*
Bezieher von Alters-, Erwerbsminderungsrenten**	Bruttojahresrente
Bezieher einer Hinterbliebenenrente**	Bruttojahresrente
Arbeitnehmer	Jahresbruttoeinkommen, incl. Urlaubs- und Weihnachtsgeld

\* Der Regelsatz eines Haushaltsvorstands ist auch in dem Fall als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze heranzuziehen, wenn im Haushalt mehrere Personen Leistungen der Sozialhilfe beziehen.

\*\* Beziehen diese Personengruppen ergänzende Sozialhilfe oder ergänzende Leistungen der sozialen Grundsicherung, ist der Regelsatz des Haushaltsvorstandes die Berechnungsgrundlage.

<b>Personenkreis</b>	<b>Bemessungsgrundlage für die Belastungsgrenze</b>
<b>Arbeitslose mit Bezug von Lohnersatzleistungen**</b>	<b>Jahresbruttoeinkommen</b>
<b>Bezieher von Krankengeld**</b>	<b>Jahresbruttoeinkommen</b>

\* Der Regelsatz eines Haushaltsvorstands ist auch in dem Fall als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze heranzuziehen, wenn im Haushalt mehrere Personen Leistungen der Sozialhilfe beziehen.

\*\* Beziehen diese Personengruppen ergänzende Sozialhilfe oder ergänzende Leistungen der sozialen Grundsicherung, ist der Regelsatz des Haushaltsvorstandes die Berechnungsgrundlage.

## **2. Belastungsgrenze für die Zuzahlung**

Die Belastungsgrenze richtet sich danach, ob ein Patient als chronisch krank gilt oder nicht. Die Belastungsgrenze beträgt für chronisch Kranke 1 % der Berechnungsgrundlage, für alle andere Versicherten 2 %.

- **Allgemeine Belastungsgrenze**

**Die Belastungsgrenze beträgt 2% der Berechnungsgrundlage**

- **Besondere Belastungsgrenze für chronisch Kranke**

**Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke beträgt 1% der Berechnungsgrundlage**



### 3. Ermittlung der Belastungsgrenze

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen und des Lebenspartners zusammengerechnet.

Die Jahresbruttoeinnahmen sind um Familien- und Kinderfreibeträge zu mindern.

#### Der Familienfreibetrag beträgt \* / \*\*

- für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehepartner, Lebenspartner) des Versicherten: **4.347 Euro**
- für jeden weiteren Angehörigen des Versicherten; z.B. Verwandte, Eltern und des Lebenspartners: **2.898 Euro\*\*\***

#### Der Kinderfreibetrag beträgt

- für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners: **3.638 Euro**

---

\* Der Freibetrag bemisst sich nach der Bezugsgröße des § 18 SGB IV: Bezugsgröße ist das Durchschnittsentgelt aller rentenversicherten Arbeitnehmer im vorvergangenen Kalenderjahr. Der Freibetrag beträgt für den **ersten Angehörigen 15 %** und jeden **weiteren Angehörigen 10 %** von der Bezugsgröße.

Bezugsgröße 2004: Alte Bundesländer 28.980 Euro

**\*\* Kinderfreibetrag 2004: 3.638 Euro**

\*\*\* In der Praxis spielt der Freibetrag für weitere Angehörige von 2.898 Euro keine Rolle. Die Krankenkassen legen die Vorschriften zum Freibetrag dahingehend aus, dass zum gemeinsamen Haushalt eines Versicherten nur der Ehepartner und die Kinder des Versicherten zählen, aber nicht weitere haushaltsangehörige Verwandte.

### 3. Kapitel: Die Chroniker - Regelung

#### 1. Zum Personenkreis schwerwiegend chronisch Kranker

Die Belastungsgrenze richtet sich danach, ob ein Versicherter als **schwerwiegend chronisch krank** anerkannt wird oder nicht. Für chronisch Kranke beträgt die Belastungsgrenze 1 % der Bemessungsgrundlage.

Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt als schwerwiegend chronisch krank ein Patient, der sich **wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang mindestens ein Mal pro Kalendervierteljahr in ärztlicher Behandlung** befindet.

Zusätzlich zur dauerhaften ärztlichen Behandlung muß der Patient entweder pflegebedürftig nach Maßgabe der Pflegestufe II oder III sein oder einen Behinderungsgrad oder eine Erwerbsminderung von 60 % haben. Liegt keine Pflegebedürftigkeit oder kein Behinderungs- oder Erwerbsminderungsgrad von 60 % vor, kann als schwerwiegend chronisch krank auch gelten, wer nach ärztlicher Beurteilung eine dauerhafte medizinische Versorgung benötigt, um zu vermeiden, dass sich sein Leiden lebensbedrohlich verschlimmert oder die Lebenserwartung verkürzt wird oder mit einer schwerwiegenden dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität zu rechnen ist.

Die genaue Formulierung, wonach Patienten als chronisch krank gelten, lautet:

**Als chronisch krank gelten Patienten, die sich**

- **in ärztlicher Dauerbehandlung befinden - nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Kalendervierteljahr - und zusätzlich**

- **pflegebedürftig in der Pflegestufe II oder Pflegestufe III sind**

**oder**

**einen Grad der Behinderung von mindestens 60 % nach dem Bundesversorgungsgesetz haben**

**oder**

**eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 % nach dem Sozialgesetzbuch VII (Unfallversicherung) haben**

**oder**

- **wenn nach ärztlicher Beurteilung eine regelmäßige medizinische Versorgung ( ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmittel ) erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung**

**oder**

**eine Verminderung der Lebenserwartung**

**oder**

**eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.**

## **2. Höhe der Belastungsgrenze für Sozialhilfeempfänger und Heimbewohner**

### **2.1. Höhe der Belastungsgrenze für Sozialhilfeempfänger**

Bei Haushalten, die Leistungen der Sozialhilfe beziehen, ist ausschließlich der Regelsatz eines Haushaltsvorstands die Berechnungsgrundlage der Belastungsgrenze. Weil ungeachtet der Haushaltsgröße auf den Regelsatz des Haushaltsvorstands abgestellt wird, werden die Freibeträge für den Ehepartner und für Kinder nicht berücksichtigt.

Die Formel zur Berechnung der Belastungsgrenze lautet:

$$\frac{\text{Regelsatz eines Haushaltsvorstands} \times 12 \times 1 \text{ oder } 2}{100}$$

---

**Höhe der Belastungsgrenze 2004 für Bezieher von Sozialhilfe:**

- für chronisch kranke Menschen 36 Euro
  - für nicht chronisch kranke Menschen 72 Euro
- 

\* Regelsatz 2004: 296 Euro, 2005: 345 Euro

## **2.2. Höhe der Belastungsgrenze für Heimbewohner**

Die Höhe der Belastungsgrenze für Heimbewohner, z.B. für Pflegebedürftige in den Altenpflege, richtet sich danach, ob der Heimbewohner die Heimpflegekosten von seinem Einkommen und Vermögen alleine bestreiten kann oder ergänzende Leistungen der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge zu den Heimpflegekosten erhält.

- für Heimbewohner, die unabhängig von der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge die Heimpflegekosten tragen können, ist Berechnungsgrundlage das individuelle Jahresbruttoeinkommen
- für Heimbewohner, die Leistungen der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge zu den Heimpflegekosten erhalten, ist für die Belastungsgrenze der Zuzahlungen der Regelsatz eines Haushaltsvorstands maßgebend. Die Formel lautet:

$$\frac{\text{Regelsatz eines Haushaltsvorstands} \times 12 \times 1 \text{ oder } 2}{100}$$

---

Höhe der Belastungsgrenze 2004 für Heimbewohner, bei denen die Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge Heimkosten trägt:

- für chronisch kranke Menschen 36 Euro
- für nicht chronisch kranke Menschen 72 Euro

---

\* Regelsatz 2004: 296 Euro, 2005: 345 Euro

## **4. Kapitel: Befreiung und Ermäßigung von der Zuzahlung**

### **1. Generelle Befreiung und Befreiung von Zuzahlungen oberhalb der Belastungsgrenze**

Von der Zuzahlung **generell befreit** sind Kinder unter 18 Jahren.

Von weiteren Zuzahlungen in einem laufenden Kalenderjahr können sich Versicherte **befreien** lassen, deren geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht haben. Auf Antrag hin muß die Krankenkasse eine entsprechende Bescheinigung ausstellen.

Die Krankenkassen **können** in ihrer Satzung bestimmen, dass als Bonus für ein gesundheitsbewußtes Verhalten eine Befreiung oder Ermäßigung von den Zuzahlungen gewährt wird.

### **2. Befreiung von Zuzahlungen als Bonus für gesundheitsbewußtes Verhalten**

Als Bonus für ein gesundheitsbewußtes Verhalten können die Krankenkassen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen. Zuzahlungsbefreiungen können vorgesehen werden für Versicherte, die

- **an qualitätsgesicherten Maßnahmen der primären Prävention teilnehmen oder**
- **regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten in Anspruch nehmen**

## **2.1. Ermäßigung von Zuzahlungen als Bonus für gesundheitsbewußtes Verhalten**

Ermäßigungen von den Zuzahlungen können Versicherten eingeräumt werden, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen. Voraussetzung für eine Ermäßigung ist die Teilnahme

- **an einer hausarztzentrierten Versorgung**
- **an strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten**
- **oder an einer integrierten Versorgung**

## **5. Kapitel: . Beispiele zu den Belastungsgrenzen**

Die Höchstbetrag der Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse kann auf eine ganz einfache Weise errechnet werden. Dazu reicht es aus, das nach dem Haushaltstyp heranzuziehende Jahresbruttoeinkommen mit dem Prozentsatz der Belastungsgrenze zu vervielfältigen.

### **Die Formel lautet**

**Heranzuziehende Jahresbruttoeinkommen  
vervielfältigt mit 0.02 ( chronische Kranke 0.01 )  
ist gleich die Belastungsgrenze**

Bei Alleinstehenden ist stets das zustehende Jahresbruttoeinkommen heranzuziehen. Bei Haushalten mit mehreren Personen sind von dem zustehenden Jahresbruttoeinkommen der Familienfreibetrag und der Kinderfreibetrag abzuziehen.

### **Die Formel lautet**

**Zustehende Jahresbruttoeinkommen  
minus ersten Angehörigenfreibetrag  
minus weitere Angehörigenfreibeträge  
minus Kinderfreibeträge  
vervielfältigt mit 0.02 ( chronisch Kranken 0.01 )  
ist gleich die Belastungsgrenze**



## **1. Schema zur Berechnung der Höhe der Zuzahlungen**

Die Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkassen sollten schrittweise berechnet werden. Die einzelnen Schritte lauten:

1. das **Bruttomonatsentgelt** nach der Formel " $\text{Entgelt} \times 12$  und bei einem 13. Monatsgehalt  $\times 13$ " auf das Jahresbruttoeinkommen hochrechnen.
2. danach das zu berücksichtigende Jahresbruttoeinkommen nach der Formel "Jahresbruttoentgelt minus Freibeträge" berechnen
3. danach sollte die **Belastungsgrenze** nach der Formel " $\text{zu berücksichtigende Jahresentgelt} \times 0.02$  oder  $0.01$ " ausgerechnet
4. in einem vierten Schritt kalendermäßig Buch über die beanspruchten zuzahlungspflichtigen Leistungen der Krankenkasse führen
5. danach ausrechnen, wie hoch die Zuzahlungen für die einzelnen Leistungen der Krankenkasse sind
6. die Summe der bereits aufgelaufenen Zuzahlungen ausrechnen

---

Die Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse ist auf die Belastungsgrenze beschränkt.

Hat ein Patient bereits Zuzahlungen in Höhe der Belastungsgrenze gezahlt, sollte er sich dieses von der Krankenkasse bescheinigen lassen.

Ab der Belastungsgrenze ist ein Patient unter Vorlage der Bescheinigung von der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen bei Ärzten und anderen Leistungserbringern befreit.

---

## 2. Beispiel: Alleinstehender Rentner

Der alleinstehender Rentner K. bezieht eine Bruttoaltersrente von **850 Euro**. Das ergibt eine **Jahresrente** von  $850 \times 12 = \mathbf{10.200 \text{ Euro}}$ . Er muß wegen eines **chronischen Leidens** regelmäßig zum Arzt. Der Arzt verschreibt **fünf Medikamente pro Monat**. Wie hoch wird K. belastet ?

### Erster Schritt: Belastungsgrenze für K.

- 1 % der Bruttojahresrente  
Formel:  $850 \times 12 \times 0.01$  **= 102 Euro**

### Zweiter Schritt: Umfang der zuzahlungspflichtigen Leistungen

Zuzahlungspflichtige Leistungen der Krankenkasse

- pro Kalendermonat 5 teure Arzneimittel
- pro Quartal: 1 x Arztpraxisgebühr

### Dritter Schritt: Summe der Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse

- $12 \times 5 \text{ Arzneimittel} \times \text{Zuzahlung von } 10 \text{ Euro} = 600 \text{ Euro}$
- $4 \times \text{Arztpraxisgebühr von } 10 \text{ Euro} \quad \quad \quad = \underline{40 \text{ Euro}}$   
**640 Euro**

### Höhe der Zuzahlungen zu den Krankenkassenleistungen

Aufgrund der Belastungsgrenze ist die Zuzahlung des Rentners auf **102 Euro im Kalenderjahr beschränkt**.

### 3. Beispiel: Ehepaar mit einem Kind

Der erwerbstätige Ehepartner erzielt einen Bruttolohn von 1.950 Euro. In der Familie ist niemand chronisch erkrankt. Beide Ehepartner besuchen im **1. und 3. Quartal** den Hausarzt. Der Hausarzt verschreibt **5 preiswerte** und **4 teure Medikamente**. Ein Ehepartner bekommt eine **Krankengymnastik** mit fünf Terminen verschrieben. Im **vierten Quartal** wird der Ehemann vom Hausarzt ins Krankenhaus überwiesen. Er bleibt **19 Tage** im Krankenhaus.

#### Erster Schritt: Höhe des zu berücksichtigenden Jahreseinkommens

▪ Zustehende Monatsbruttoverdienste x 12	= 23.400 Euro
minus Angehörigenfreibetrag (Ehepartner)	- 4.347 Euro
minus Kinderfreibetrag	- <u>3.648 Euro</u>
	= 15.405 Euro

#### Zweiter Schritt: Belastungsgrenze für die Familie.

▪ 2 % des zu berücksichtigenden Jahresbruttoeinkommens	
Formel: 15.405 Euro x 0.02	= <b>308 Euro</b>

#### Dritter Schritt: Umfang der zuzahlungspflichtigen Leistungen

- Arztpraxisgebühren
- Verschreibungspflichtige Medikamente
- Verordnete Krankengymnastik
- Krankenhausaufenthalt

#### Vierter Schritt: Summe der Zuzahlungen zu den Kassenleistungen

▪ Arztpraxisgebühren der Eheleute 5 x 10	= 50 Euro
▪ Medikamente 5 x 5 + 4 x 10	= 65 Euro
▪ Verordnung der Krankengymnastik	= 10 Euro
▪ Krankengymnastik ( Preis 20 Euro ) 5 x 2	= 10 Euro
▪ Krankenhausaufenthalt 19 x 10	= <u>190 Euro</u>
	<b>325 Euro</b>

#### Höhe der Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse

Aufgrund der Belastungsgrenze ist die Zuzahlung zu den Krankenkassenleistungen auf **308 Euro** beschränkt.

### 3. Beispiel: Versicherter mit Bezug von Sozialhilfe

Wie andere Versicherte müssen ab dem **01.01.2004** auch Bezieher von Fürsorgeleistungen zu den Krankenkassenleistungen zuzahlen. Das gilt für alle zuzahlungspflichtigen Leistungen: Für den Arztbesuch, für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel, für einen Krankenhausaufenthalt. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlung richtet sich nach dem Regelsatz des Haushaltsvorstands in der Sozialhilfe.\* Für das Jahr 2004 beträgt die Belastungsgrenze: **71 Euro** und für chronisch Kranke **35.50 Euro**.

**Die Formel lautet**

**Regelsatz eines Haushaltsvorstands x 12  
vervielfältigt mit 0.02 ( chronische Kranke 0.01 )  
ist gleich die Belastungsgrenze**

---

\* Regelsatz eines Haushaltsvorstands 2004: Nordrhein Westfalen  
**296 Euro**.

Nach der vorgesehenen Reform der Sozialhilfe zum 01. Juli 2004  
wird der Regelsatz betragen: **345 Euro**.

## Arbeitsblatt: Meine Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Leistungen der Krankenkasse

---

1. Mein Bruttomonatseinkommen \_\_\_\_\_

2. Mein Jahresbruttoeinkommen

Bruttoeinkommen \_\_\_\_\_ x 12 (13) \_\_\_\_\_

3. Meine Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze

Jahresbruttoeinkommen \_\_\_\_\_

minus

Familienfreibeträge\* \_\_\_\_\_

Kinderfreibeträge\* \_\_\_\_\_

Berechnungsgrundlage \_\_\_\_\_

4. Meine Belastungsgrenze

Berechnungsgrundlage x 0.02 oder 0.01 \_\_\_\_\_

---

\*Der Familienfreibetrag beträgt im Jahr 2004 4.347 für den ersten Angehörigen 4.347 Euro und für jeden weiteren Angehörigen 2.898 Euro

Der Kinderfreibetrag beträgt für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners: 3.638 Euro

## Arbeitsblatt: Quartalsmäßige Buchführung meiner Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenkasse

Zeitraum	Meine beanspruchten zuzahlungspflichtigen Leistungen  Arztbesuch, Medikamente, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus, Häusliche Krankenhilfe und .....	Höhe meiner bereits gezahlten Zuzahlungen nach Quittungsbelegen
----------	---	---

Meine Belastungsgrenze \_\_\_\_\_ Euro

<b>Erste Quartal</b>  <b>Januar</b> <b>Februar</b> <b>März</b>	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22.	<p style="text-align: right;">Summe _____</p>
--	---	---

<b>Zeitraum</b>	<b>Meine beanspruchten zuzahlungspflichtigen Leistungen</b>  <b>Arztbesuch, Medikamente, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhaus, Häusliche Krankenhilfe und .....</b>	<b>Höhe meiner bereits gezahlten Zuzahlungen nach Quittungsbelegen</b>
-----------------	---	--

**Meine Belastungsgrenze \_\_\_\_\_ Euro**

**Übertrag: Meine Zuzahlungen im vorangegangenen Quartal**

\_\_\_\_\_ Euro

<b>Zweite Quartal</b>	<b>1.</b>	
<b>Dritte Quartal</b>	<b>2.</b>	
<b>Vierte Quartal</b>	<b>3.</b>	
	<b>4.</b>	
<b>Januar</b>	<b>5.</b>	
<b>Februar</b>	<b>6.</b>	
<b>März</b>	<b>7.</b>	
	<b>8.</b>	
	<b>9.</b>	
	<b>10.</b>	
	<b>11.</b>	
	<b>12.</b>	
	<b>13.</b>	
	<b>14.</b>	
	<b>15.</b>	
	<b>16.</b>	
	<b>17.</b>	
	<b>18.</b>	
	<b>19.</b>	
	<b>20.</b>	
	<b>21.</b>	
	<b>22.</b>	
		<b>Summe _____</b>

## **Jonny Bruhn-Tripp, Ach, laß den Menschen**

**Ach, laß den Menschen nur  
Krank nur werden,  
dann wirst Du sehen,  
was er so braucht,  
er braucht recht schnell  
zum Sehen,  
Lesen  
eine Brille,  
zum Hören,  
Verstehen,  
ein Hörgerät,  
zum Fortbewegen  
braucht er  
größere Dinge,  
Stütz- und Gehhilfen,  
Rollatoren  
Rollstühle,  
Mobilität kostet schon viel Geld !**

**Doch nicht vergessen. Was braucht er noch, wenn er  
ins Alter kommt ?  
Medikamente und  
zwar recht viele:  
Arznei für's Herz,  
für Leber, Niere, Lunge,  
Therapeutika gegen den Schmerz**

**Was braucht der Mensch, wenn er ins Alter kommt ?  
Er braucht auf jeden Fall  
die Medizin,  
den Arzt,  
die Krankenpflege  
sonst wird er schneller krank,  
muß schlimmer leiden  
und wünscht sich leider  
früher aus dem Leben**





